



# Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	27
	Einleitung .....	28
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	31
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	31
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	31
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	31
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	31
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	32
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	32
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	35
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	36
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	36
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	36
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	37
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	37
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	37
A-9	Anzahl der Betten .....	38
A-10	Gesamtfallzahlen .....	38
A-11	Personal des Krankenhauses .....	38
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	38
A-11.2	Pflegepersonal .....	39
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	40
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	41

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	42
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	42
A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	42
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	43
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	43
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	43
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	43
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	43
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	45
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	45
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	46
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	46
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	47
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	48
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	48
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	49
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	49
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	50
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	50
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	51
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	52
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	52
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	52
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	52
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	53

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	53
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	54
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	55
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung ..... des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	55
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	56
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	56
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	56
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß ..... § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	56
B	Struktur- und Leistungsdaten der ..... Organisationseinheiten/Fachabteilungen	57
B-[0100-GU_INN_I]	Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und ..... internistische Intensivmedizin	57
B-[0100-GU_INN_I].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	57
B-[0100-GU_INN_I].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	57
B-[0100-GU_INN_I].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	57
B-[0100-GU_INN_I].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	57
B-[0100-GU_INN_I].3	Medizinische Leistungsangebote der ..... Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[0100-GU_INN_I].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	59
B-[0100-GU_INN_I].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	60
B-[0100-GU_INN_I].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	61
B-[0100-GU_INN_I].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	61
B-[0100-GU_INN_I].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	62
B-[0100-GU_INN_I].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	63
B-[0100-GU_INN_I].7.2	Kompetenzprozeduren .....	64
B-[0100-GU_INN_I].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	64
B-[0100-GU_INN_I].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	64

B-[0100-GU_INN_I].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	64
B-[0100-GU_INN_I].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	64
B-[0100-GU_INN_I].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	64
B-[0100-GU_INN_I].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	64
B-[0100-GU_INN_I].11	Personelle Ausstattung .....	65
B-[0100-GU_INN_I].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	65
B-[0100-GU_INN_I].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	65
B-[0100-GU_INN_I].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	65
B-[0100-GU_INN_I].11.2	Pflegepersonal .....	66
B-[0100-GU_INN_I].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	66
B-[0100-GU_INN_I].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	66
B-[0100-GU_INN_I].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	66
B-[0100-GU_INN_II]	Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen .....	67
B-[0100-GU_INN_II].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	67
B-[0100-GU_INN_II].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	67
B-[0100-GU_INN_II].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	67
B-[0100-GU_INN_II].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	67
B-[0100-GU_INN_II].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	68
B-[0100-GU_INN_II].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	68
B-[0100-GU_INN_II].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	69
B-[0100-GU_INN_II].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	70
B-[0100-GU_INN_II].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	70
B-[0100-GU_INN_II].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	70
B-[0100-GU_INN_II].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	72

B-[0100-GU_INN_II].7.2	Kompetenzprozeduren .....	72
B-[0100-GU_INN_II].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	73
B-[0100-GU_INN_II].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	73
B-[0100-GU_INN_II].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	73
B-[0100-GU_INN_II].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	73
B-[0100-GU_INN_II].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	74
B-[0100-GU_INN_II].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	74
B-[0100-GU_INN_II].11	Personelle Ausstattung .....	75
B-[0100-GU_INN_II].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	75
B-[0100-GU_INN_II].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	75
B-[0100-GU_INN_II].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	75
B-[0100-GU_INN_II].11.2	Pflegepersonal .....	75
B-[0100-GU_INN_II].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	76
B-[0100-GU_INN_II].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	76
B-[0100-GU_INN_II].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	76
B-[0100-GU_INN_III]	Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie .....	77
B-[0100-GU_INN_III].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	77
B-[0100-GU_INN_III].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	77
B-[0100-GU_INN_III].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	78
B-[0100-GU_INN_III].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	78
B-[0100-GU_INN_III].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	79
B-[0100-GU_INN_III].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	79
B-[0100-GU_INN_III].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	80
B-[0100-GU_INN_III].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	80

B-[0100-GU_INN_III].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	81
B-[0100-GU_INN_III].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	81
B-[0100-GU_INN_III].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	83
B-[0100-GU_INN_III].7.2	Kompetenzprozeduren .....	83
B-[0100-GU_INN_III].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	84
B-[0100-GU_INN_III].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	85
B-[0100-GU_INN_III].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	85
B-[0100-GU_INN_III].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	85
B-[0100-GU_INN_III].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	85
B-[0100-GU_INN_III].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	85
B-[0100-GU_INN_III].11	Personelle Ausstattung .....	85
B-[0100-GU_INN_III].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	85
B-[0100-GU_INN_III].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	85
B-[0100-GU_INN_III].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	85
B-[0100-GU_INN_III].11.2	Pflegepersonal .....	85
B-[0100-GU_INN_III].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	86
B-[0100-GU_INN_III].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	86
B-[0100-GU_INN_III].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	86
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0102-GU_GERI]	Klinik für Geriatrie .....	87
B-[0102-GU_GERI].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	87
B-[0102-GU_GERI].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	87
B-[0102-GU_GERI].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	87
B-[0102-GU_GERI].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	87
B-[0102-GU_GERI].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	87
B-[0102-GU_GERI].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	87

B-[0102-GU_GER].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	88
B-[0102-GU_GER].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	89
B-[0102-GU_GER].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	89
B-[0102-GU_GER].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	89
B-[0102-GU_GER].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	91
B-[0102-GU_GER].7.2	Kompetenzprozeduren .....	91
B-[0102-GU_GER].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	91
B-[0102-GU_GER].11	Personelle Ausstattung .....	92
B-[0102-GU_GER].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	92
B-[0102-GU_GER].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	92
B-[0102-GU_GER].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	92
B-[0102-GU_GER].11.2	Pflegepersonal .....	92
B-[0102-GU_GER].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	92
B-[0102-GU_GER].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	93
B-[0102-GU_GER].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	93
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1000-GU_KJM]	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin .....	94
B-[1000-GU_KJM].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	94
B-[1000-GU_KJM].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	94
B-[1000-GU_KJM].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	94
B-[1000-GU_KJM].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	94
B-[1000-GU_KJM].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	95
B-[1000-GU_KJM].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	95
B-[1000-GU_KJM].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	96
B-[1000-GU_KJM].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	97
B-[1000-GU_KJM].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	98



B-[1000-GU_KJM].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	98
B-[1000-GU_KJM].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	99
B-[1000-GU_KJM].7.2	Kompetenzprozeduren .....	100
B-[1000-GU_KJM].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	100
B-[1000-GU_KJM].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	100
B-[1000-GU_KJM].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	100
B-[1000-GU_KJM].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	100
B-[1000-GU_KJM].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	100
B-[1000-GU_KJM].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	100
B-[1000-GU_KJM].11	Personelle Ausstattung .....	100
B-[1000-GU_KJM].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	100
B-[1000-GU_KJM].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	100
B-[1000-GU_KJM].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	101
B-[1000-GU_KJM].11.2	Pflegepersonal .....	101
B-[1000-GU_KJM].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	101
B-[1000-GU_KJM].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	101
B-[1000-GU_KJM].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	101
B-[1500-GU_CH_ALL]	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie .....	102
B-[1500-GU_CH_ALL].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	102
B-[1500-GU_CH_ALL].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	102
B-[1500-GU_CH_ALL].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	102
B-[1500-GU_CH_ALL].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	102
B-[1500-GU_CH_ALL].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	103
B-[1500-GU_CH_ALL].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	104

B-[1500-GU_CH_ALL].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	104
B-[1500-GU_CH_ALL].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	105
B-[1500-GU_CH_ALL].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	105
B-[1500-GU_CH_ALL].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	105
B-[1500-GU_CH_ALL].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	107
B-[1500-GU_CH_ALL].7.2	Kompetenzprozeduren .....	107
B-[1500-GU_CH_ALL].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	108
B-[1500-GU_CH_ALL].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	108
B-[1500-GU_CH_ALL].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	108
B-[1500-GU_CH_ALL].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	109
B-[1500-GU_CH_ALL].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	109
B-[1500-GU_CH_ALL].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	109
B-[1500-GU_CH_ALL].11	Personelle Ausstattung .....	110
B-[1500-GU_CH_ALL].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	110
B-[1500- GU_CH_ALL].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	110
B-[1500- GU_CH_ALL].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	110
B-[1500-GU_CH_ALL].11.2	Pflegepersonal .....	110
B-[1500- GU_CH_ALL].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	111
B-[1500- GU_CH_ALL].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	111
B-[1500-GU_CH_ALL].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	111
B-[1500-GU_SCHMERZ]	Schmerztherapie .....	112
B-[1500-GU_SCHMERZ].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	112
B-[1500- GU_SCHMERZ].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	112
B-[1500- GU_SCHMERZ].1.1.1	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	112

GU\_SCHMERZ].1.2

B-[1500-GU_SCHMERZ].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	112
B-[1500-GU_SCHMERZ].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	113
B-[1500-GU_SCHMERZ].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	113
B-[1500-GU_SCHMERZ].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	113
B-[1500-GU_SCHMERZ].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	114
B-[1500-GU_SCHMERZ].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	114
B-[1500-GU_SCHMERZ].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	115
B-[1500-GU_SCHMERZ].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].7.2	Kompetenzprozeduren .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].11	Personelle Ausstattung .....	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	117

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2	Pflegepersonal .....	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	117
B-[2200-GU_UR]	Klinik für Urologie .....	118
B-[2200-GU_UR].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	118
B-[2200-GU_UR].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	118
B-[2200-GU_UR].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	118
B-[2200-GU_UR].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	118
B-[2200-GU_UR].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	119
B-[2200-GU_UR].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	119
B-[2200-GU_UR].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	120
B-[2200-GU_UR].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	121
B-[2200-GU_UR].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	121
B-[2200-GU_UR].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	122
B-[2200-GU_UR].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	123
B-[2200-GU_UR].7.2	Kompetenzprozeduren .....	124
B-[2200-GU_UR].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	124
B-[2200-GU_UR].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	124
B-[2200-GU_UR].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	124
B-[2200-GU_UR].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	124
B-[2200-GU_UR].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	125
B-[2200-GU_UR].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	126
B-[2200-GU_UR].11	Personelle Ausstattung .....	126

B-[2200-GU_UR].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	126
B-[2200-GU_UR].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	126
B-[2200-GU_UR].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	126
B-[2200-GU_UR].11.2	Pflegepersonal .....	127
B-[2200-GU_UR].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	127
B-[2200-GU_UR].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	127
B-[2200-GU_UR].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	127
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2316-GU_CH_U]	Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie .....	128
B-[2316-GU_CH_U].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	128
B-[2316-GU_CH_U].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	128
B-[2316-GU_CH_U].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	128
B-[2316-GU_CH_U].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	128
B-[2316-GU_CH_U].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	129
B-[2316-GU_CH_U].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	129
B-[2316-GU_CH_U].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	130
B-[2316-GU_CH_U].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	131
B-[2316-GU_CH_U].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	131
B-[2316-GU_CH_U].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	132
B-[2316-GU_CH_U].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	133
B-[2316-GU_CH_U].7.2	Kompetenzprozeduren .....	134
B-[2316-GU_CH_U].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	134
B-[2316-GU_CH_U].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	134
B-[2316-GU_CH_U].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	134
B-[2316-GU_CH_U].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	135
B-[2316-GU_CH_U].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	136

B-[2316-GU_CH_U].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	136
B-[2316-GU_CH_U].11	Personelle Ausstattung	.....	136
B-[2316-GU_CH_U].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	136
B-[2316-GU_CH_U].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	136
B-[2316-GU_CH_U].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	137
B-[2316-GU_CH_U].11.2	Pflegepersonal	.....	137
B-[2316-GU_CH_U].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	137
B-[2316-GU_CH_U].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	137
B-[2316-GU_CH_U].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	137
B-[2400-GU_GYN_GEB]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	.....	138
B-[2400-GU_GYN_GEB].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	138
B-[2400-GU_GYN_GEB].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	138
B-[2400-GU_GYN_GEB].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	138
B-[2400-GU_GYN_GEB].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	138
B-[2400-GU_GYN_GEB].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	139
B-[2400-GU_GYN_GEB].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	139
B-[2400-GU_GYN_GEB].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	140
B-[2400-GU_GYN_GEB].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	141
B-[2400-GU_GYN_GEB].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	143
B-[2400-GU_GYN_GEB].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	143
B-[2400-GU_GYN_GEB].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	144
B-[2400-GU_GYN_GEB].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	144
B-[2400-GU_GYN_GEB].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	144

B-[2400-GU_GYN_GEB].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	145
B-[2400-GU_GYN_GEB].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	146
B-[2400-GU_GYN_GEB].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	146
B-[2400-GU_GYN_GEB].11	Personelle Ausstattung .....	146
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	146
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	146
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	146
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.2	Pflegepersonal .....	147
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	147
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	147
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	147
B-[2600-GU_HNO]	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie .....	148
B-[2600-GU_HNO].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	148
B-[2600-GU_HNO].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	148
B-[2600-GU_HNO].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	148
B-[2600-GU_HNO].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	148
B-[2600-GU_HNO].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	149
B-[2600-GU_HNO].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	149
B-[2600-GU_HNO].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	150
B-[2600-GU_HNO].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	151
B-[2600-GU_HNO].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	151

B-[2600-GU_HNO].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	152
B-[2600-GU_HNO].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	153
B-[2600-GU_HNO].7.2	Kompetenzprozeduren .....	153
B-[2600-GU_HNO].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	154
B-[2600-GU_HNO].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	154
B-[2600-GU_HNO].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	154
B-[2600-GU_HNO].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	154
B-[2600-GU_HNO].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	155
B-[2600-GU_HNO].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	156
B-[2600-GU_HNO].11	Personelle Ausstattung .....	156
B-[2600-GU_HNO].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	156
B-[2600-GU_HNO].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	156
B-[2600-GU_HNO].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	156
B-[2600-GU_HNO].11.2	Pflegepersonal .....	157
B-[2600-GU_HNO].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	157
B-[2600-GU_HNO].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	157
B-[2600-GU_HNO].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	157
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2800-GU_NEU_NEU]	Klinik für Neurologie .....	158
B-[2800-GU_NEU_NEU].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	158
B-[2800-GU_NEU_NEU].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	158
B-[2800-GU_NEU_NEU].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	158
B-[2800-GU_NEU_NEU].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	158
B-[2800-GU_NEU_NEU].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	159
B-[2800-GU_NEU_NEU].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	159
B-[2800-GU_NEU_NEU].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	160



B-[2800-GU_NEU_NEU].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	161
B-[2800-GU_NEU_NEU].6.2 Kompetenzdiagnosen .....	161
B-[2800-GU_NEU_NEU].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	162
B-[2800-GU_NEU_NEU].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	163
B-[2800-GU_NEU_NEU].7.2 Kompetenzprozeduren .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].11 Personelle Ausstattung .....	164
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	164
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	165
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.1.2 Zusatzweiterbildung .....	165
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.2 Pflegepersonal .....	165
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	165
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	165
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	165
B-[2800] Klinik für Neurologische Frührehabilitation .....	166
B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	166
B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	166
B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	166

B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	166
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	166
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	166
B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	167
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	168
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	168
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	169
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	171
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren .....	172
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	172
B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	172
B-[2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	172
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	172
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	172
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	172
B-[2800].11	Personelle Ausstattung .....	172
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	172
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	172
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	172
B-[2800].11.2	Pflegepersonal .....	173
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	173
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	173
B-[2800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	173
B-[3600_GU_ANA]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin .....	174

B-[3600_GU_ANA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	174
B-[3600_GU_ANA].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	174
B-[3600_GU_ANA].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	174
B-[3600_GU_ANA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	174
B-[3600_GU_ANA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	175
B-[3600_GU_ANA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	175
B-[3600_GU_ANA].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	175
B-[3600_GU_ANA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	175
B-[3600_GU_ANA].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	175
B-[3600_GU_ANA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	175
B-[3600_GU_ANA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	177
B-[3600_GU_ANA].7.2	Kompetenzprozeduren .....	177
B-[3600_GU_ANA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	177
B-[3600_GU_ANA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	177
B-[3600_GU_ANA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	177
B-[3600_GU_ANA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	177
B-[3600_GU_ANA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	177
B-[3600_GU_ANA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	177
B-[3600_GU_ANA].11	Personelle Ausstattung .....	178
B-[3600_GU_ANA].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	178
B-[3600_GU_ANA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	178
B-[3600_GU_ANA].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	178
B-[3600_GU_ANA].11.2	Pflegepersonal .....	178
B-[3600_GU_ANA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	179
B-[3600_GU_ANA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	179
B-[3600_GU_ANA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	179

## in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3751_GU_RAD]	Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie	.....	180
B-[3751_GU_RAD].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	180
B-[3751_GU_RAD].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	180
B-[3751_GU_RAD].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	180
B-[3751_GU_RAD].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	180
B-[3751_GU_RAD].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	181
B-[3751_GU_RAD].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	181
B-[3751_GU_RAD].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	182
B-[3751_GU_RAD].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	182
B-[3751_GU_RAD].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	182
B-[3751_GU_RAD].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	182
B-[3751_GU_RAD].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	183
B-[3751_GU_RAD].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	183
B-[3751_GU_RAD].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	183
B-[3751_GU_RAD].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	184
B-[3751_GU_RAD].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	184
B-[3751_GU_RAD].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	184
B-[3751_GU_RAD].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	184
B-[3751_GU_RAD].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	184
B-[3751_GU_RAD].11	Personelle Ausstattung	.....	184
B-[3751_GU_RAD].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	184
B-[3751_GU_RAD].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	184
B-[3751_GU_RAD].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	184
B-[3751_GU_RAD].11.2	Pflegepersonal	.....	185
B-[3751_GU_RAD].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	.....	185

	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-[3751_GU_RAD].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	185
B-[3751_GU_RAD].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	185
B-[2900-GU_PSY2000]	Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie	186
B-[2900-GU_PSY2000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	186
B-[2900-GU_PSY2000].1.1	Fachabteilungsschlüssel	186
B-[2900-GU_PSY2000].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	186
B-[2900-GU_PSY2000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	186
B-[2900-GU_PSY2000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	187
B-[2900-GU_PSY2000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	187
B-[2900-GU_PSY2000].6	Hauptdiagnosen nach ICD	188
B-[2900-GU_PSY2000].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	189
B-[2900-GU_PSY2000].6.2	Kompetenzdiagnosen	189
B-[2900-GU_PSY2000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	190
B-[2900-GU_PSY2000].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	192
B-[2900-GU_PSY2000].7.2	Kompetenzprozeduren	193
B-[2900-GU_PSY2000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	193
B-[2900-GU_PSY2000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	193
B-[2900-GU_PSY2000].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	193
B-[2900-GU_PSY2000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	193
B-[2900-GU_PSY2000].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	193
B-[2900-GU_PSY2000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	193
B-[2900-GU_PSY2000].11	Personelle Ausstattung	193
B-[2900-GU_PSY2000].11.1	Ärzte und Ärztinnen	193
B-[2900-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	194

GU\_PSY2000].11.1.1

B-[2900- GU_PSY2000].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	194
B-[2900-GU_PSY2000].11.2	Pflegepersonal .....	194
B-[2900- GU_PSY2000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	194
B-[2900- GU_PSY2000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	194
B-[2900-GU_PSY2000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	195
B- [2960_GU_TK_Erwachsene]	Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie .....	196
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	196
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	196
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	196
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	196
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	197
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	197
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	197
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	197
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	197
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	197
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	198

B-	Kompetenzprozeduren .....	198
[2960_GU_TK_Erwachsene].7.2		
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	199
[2960_GU_TK_Erwachsene].8		
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	199
[2960_GU_TK_Erwachsene].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	199
[2960_GU_TK_Erwachsene].8.2		
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	199
[2960_GU_TK_Erwachsene].9		
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	199
[2960_GU_TK_Erwachsene].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der .....	199
[2960_GU_TK_Erwachsene].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.2		
B-	Pflegepersonal .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.2	Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	200
[2960_GU_TK_Erwachsene].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3060_GU_TK_Kinder]	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	201
B-[3060_GU_TK_Kinder].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	201
B-	Fachabteilungsschlüssel .....	201
[3060_GU_TK_Kinder].1.1		

B-[3060_GU_TK_Kinder].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	201
B-[3060_GU_TK_Kinder].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	201
B-[3060_GU_TK_Kinder].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	202
B-[3060_GU_TK_Kinder].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	202
B-[3060_GU_TK_Kinder].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	202
B-[3060_GU_TK_Kinder].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	202
B-[3060_GU_TK_Kinder].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	202
B-[3060_GU_TK_Kinder].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	203
B-[3060_GU_TK_Kinder].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	204
B-[3060_GU_TK_Kinder].7.2	Kompetenzprozeduren .....	204
B-[3060_GU_TK_Kinder].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	205
B-[3060_GU_TK_Kinder].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	205
B-[3060_GU_TK_Kinder].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	205
B-[3060_GU_TK_Kinder].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	205
B-[3060_GU_TK_Kinder].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	205
B-[3060_GU_TK_Kinder].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	205
B-[3060_GU_TK_Kinder].11	Personelle Ausstattung .....	206
B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	206
B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	206
B-	Zusatzweiterbildung .....	206



[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.1.2

B-	Pflegepersonal .....	206
----	----------------------	-----

[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.2

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte .....	206
----	---	-----

[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – .....	206
----	--	-----

[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.2.2 Zusatzqualifikation

B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	207
----	---	-----

[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.3 in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C	Qualitätssicherung .....	208
---	--------------------------	-----

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	208
-----	--	-----

C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	208
-------	--	-----

C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	210
-------	---	-----

C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....	210
---------	--	-----

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	428
-----	--	-----

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	429
-----	---	-----

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	429
-----	--	-----

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	429
-----	---	-----

C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind .....	429
-------	---	-----

C-5.2	Angaben zum Prognosejahr .....	429
-------	--------------------------------	-----

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	430
-----	--	-----

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	430
-----	--	-----

C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	430
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	430
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	432
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	433
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	433

## Vorwort

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands, das hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung in der familiären Atmosphäre seiner Einrichtungen anbietet. KMG betreibt Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior\*innen und für Menschen mit Behinderung, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste. Das Unternehmen verfügt über rund 2.500 Betten und Plätze und beschäftigt circa 4.800 Mitarbeiter\*innen.

Gesundheit aus einer Hand: Durch das Netzwerk moderner stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen bietet die KMG Kliniken Gruppe ihren Patient\*innen und Bewohner\*innen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Bedürfnissen die optimale Behandlung und Betreuung.



## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020).

Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 wider.

So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Die KMG Akutkliniken halten hochmoderne Medizintechnik und hochqualifiziertes medizinisches Personal vor. In Behandlung und Pflege stehen die Patient\*innen im Mittelpunkt. Das spiegeln regelmäßige Umfragen der Krankenkassen wider, die den KMG Kliniken eine hohe Patientenzufriedenheit attestieren. Der Nachweis hoher Standards bei Behandlungsabläufen und Behandlungsergebnissen brachte dem KMG Klinikum Güstrow zahlreiche Zertifizierungen.

Durch die Koordinierung hochgradig spezialisierter Fachgebiete gewährleisten die KMG Kliniken - wo sinnvoll in Ergänzung durch Kooperationen - für Patient\*innen jeden Alters mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern eine flächendeckende medizinische Versorgung. Patient\*innen profitieren von den kurzen Wegen beim interdisziplinären Austausch zwischen den Fachkliniken.

Die Geschichte des Krankenhauses Güstrow reicht über 130 Jahre zurück. Der Neubau am nördlichen Stadtrand von Güstrow wurde im Jahr 1999 bezogen. Seit 2004 gehört das Klinikum Güstrow dem Verbund der KMG Kliniken an. Seitdem entwickelt sich das hochmoderne Haus durch den Aufbau ausgezeichneter Fachabteilungen zu einem entscheidenden Anker für die stationäre und ambulante medizinische Akutversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Zudem ist das KMG Klinikum Güstrow akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock und bildet in Heil- und Pflegeberufen aus.

In diesem strukturierten Qualitätsbericht präsentieren wir die Ergebnisse aus dem Jahr 2022 und geben Patient\*innen, Vertragsärzt\*innen und Krankenkassen einen Einblick in unsere allgemeinen und fachspezifischen Leistungsdaten, in unsere Leistungsfähigkeit und in unsere Betreuungsqualität. Der Qualitätsbericht dient der Orientierung und der Entscheidungshilfe.

Zur Qualitätssicherung treiben wir die Entwicklung des KMG Klinikums Güstrow in allen Bereichen stetig voran. Das betrifft die moderne, überdurchschnittliche medizintechnische Ausstattung, die Effizienz und den Erfolg von Behandlungsabläufen, die räumliche Ausstattung, inhaltliche Konzepte und den Aufbau neuer Fachabteilungen ebenso wie die Kompetenz und hohe Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So garantieren wir Leistungen, die nicht nur wissenschaftlichen Standards genügen, sondern die sich darüber hinaus an dem Wohl und den individuellen Anliegen der Patient\*innen orientieren. Unser oberstes Unternehmensziel ist es, eine hohe Patient\*innenzufriedenheit bei hervorragender medizinischer Ergebnisqualität zu erreichen.

Um die regionale und überregionale medizinische Versorgung der Menschen sicherzustellen, verfügt das KMG

Klinikum Güstrow neben vollstationären Behandlungsmöglichkeiten auch über vor- und nachstationäre sowie tagesklinische Behandlungsangebote. Das ambulante Operieren ist ein fester Bestandteil unseres Leistungsspektrums.

**Durch folgende Abteilungen wird die medizinische Versorgung unterstützt:**

- Diagnostische Bildgebung und Interventionelle Radiologie
- Labordiagnostik
- Krankenhausapotheke
- Pathologie

**An diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten besonders hervorzuheben sind:**

- Linksherzkathetermessplatz, Elektrophysiologie
- Magnetresonanztomografie (MRT)
- Computertomografie (CT)
- interventionelle Gastroenterologie
- Endosonographie

und

- die weit ausgebaute Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie und nonverbale Therapieverfahren.

**In folgenden Bereichen ist das Klinikum zertifiziert:**

- Chest Pain Unit (Brustschmerzabteilung)
- Regionales Traumazentrum
- Stroke Unit (Schlaganfallzentrum)
- Endoprothetikzentrum
- Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie
- Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung für Erwachsene und Kinder

Darüber hinaus sind wir Partner der Privaten Krankenversicherung (Qualität und Service).

Des Weiteren ist das Klinikum Güstrow Standort für die Luftrettungsstation „Christoph 34“.

Zur Unterbringung unserer Patient\*innen stehen modern eingerichtete Zimmer, ausgestattet mit separatem Sanitärbereich, Fernseher und Telefon zur Verfügung. Im Jahr 2022 wurden in unserem Klinikum 16.936 Patient\*innen stationär versorgt. Weitere 14.659 Patient\*innen wurden ambulant behandelt. 1.436 ambulante Operationen wurden 2022 durchgeführt. Das ist Ausdruck des weiteren Vertrauens unserer Patient\*innen und der einweisenden Ärzt\*innen in unserer Klinik. Wir sind zu einem Zentrum der medizinischen Versorgung im Herzen Mecklenburg-Vorpommerns geworden. Dem hat auch die Landeskrankenhausplanung Rechnung getragen. Die Zahlen der Planbetten und -plätze betragen 451.

Wir werden auch in Zukunft alles tun, damit sich Patient\*innen in unserer Klinik fachlich kompetent und menschlich zugewandt versorgt fühlen. Veränderungen, die die Zukunft zwingend von uns fordert, sind für uns deshalb Chancen, Prozesse und Abläufe im Sinne unserer Patient\*innen zu überprüfen und ggf. neu zu

gestalten.

### **Verantwortliche**

#### **Für die Erstellung des Qualitätsberichts**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Martina Wenzlaff
Telefon	03843 343121
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

#### **Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

### **Links**

Link zur Internetseite des Krankenhauses	<a href="http://www.kmg-kliniken.de/">http://www.kmg-kliniken.de/</a>
--	---

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Güstrow
PLZ	18273
Ort	Güstrow
Straße	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
IK-Nummer	261300276
Standort-Nummer	772987000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	03843
Telefon	340
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de/">http://www.kmg-kliniken.de/</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

#### Leitung des Krankenhauses

##### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

##### Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Gabriele Pätow
Telefon	03843 341002
Fax	03843 341003
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

##### Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Güstrow GmbH
Träger-Art	privat

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität

Universitätsmedizin Rostock

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare  
*Sozialdienst*
- 2 MP54 - Asthmaschulung  
MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 3 *Abteilung Physiotherapie*  
MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
- 4 *Bereich der HNO-Abteilung*  
MP06 - Basale Stimulation
- 5 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
- 6 *Abteilung Ergotherapie*  
MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
- 7 *Sozialdienst*  
MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
- 8 *Palliativmedizin*  
MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 9 *Anwendung durch Physiotherapeuten*  
MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
- 10 *Für die Betreuung der Diabetiker\*innen stehen zwei zertifizierte Diabetesberaterinnen (DDG) zur Verfügung. Die Ernährungsberatung erfolgt über zwei ausgebildete Diätassistentinnen.(Schulungsprogramm)*  
MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 11 *In Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter\*innen werden die Entlassungsmodalitäten geregelt.*  
MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 12 *Therapieangebote für alle Fachbereiche, ambulante Termine können vereinbart werden*  
MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 13 *Auf den allgemeinen Stationen wird im Pflegesystem der Bereichspflege gearbeitet. In der Psychiatrie kommt die Bezugspflege zur Anwendung.*  
MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 14 *Abteilung Physiotherapie*  
MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
- 15 *In Zusammenarbeit mit internen und externen Hebammen*  
MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
- 16 *Abteilung Ergotherapie*  
MP21 - Kinästhetik



- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 18 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung  
*Angebot der Abteilung Physiotherapie*
- 19 MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie  
*Ergänzung zur Ergotherapie*
- 20 MP24 - Manuelle Lymphdrainage  
*Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich*
- 21 MP25 - Massage  
*Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich*
- 22 MP27 - Musiktherapie  
*Ergänzung zur Ergotherapie; Musiktherapeut*
- 23 MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
- 24 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie  
*Manualtherapie stationär und ambulant*
- 25 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie  
*Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich*
- 26 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie  
*Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich*
- 27 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)  
*Abteilung Physiotherapie*
- 28 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst  
*Diplom Psychologen*
- 29 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik  
*Abteilung Physiotherapie*
- 30 MP36 - Säuglingspflegekurse  
*vierteljährlich werden 2 Kurse a 1,5 Stunden angeboten*
- 31 MP37 - Schmerztherapie/-management  
*ausgebildete Schmerztherapeuten und Schmerzschwestern (Pain Nurse)*
- 32 MP62 - Snoezelen  
*Tagesklinik für Kinder- und Jugend Psychiatrie*
- 33 MP63 - Sozialdienst  
*Die Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten die Patienten und Ihre Angehörigen in Fragen, die sich im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung oder dem Klinikaufenthalt ergeben. Sie leisten Unterstützung bei allen psychosozialen und sozialrechtlichen Belangen.*
- 34 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  
*z.B. Kreißsaalführungen, Geschwisterschule, Stillcafé, Oma-/Opa-Kurse ...*
- 35 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen  
*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe; PfiFf "Pflege in Familien fördern, Pflegekurse und Beratung für Angehörige, die zu Hause pflegen (5 Kurse/ Jahr)*
- 36 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie  
*autogenes Training und progressive Muskelrelaxion nach Jacobsen*
- 37 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen  
*Für die Betreuung der Diabetiker stehen zwei zertifizierte Diabetesberaterinnen (DDG) zur Verfügung. Des Weiteren bieten ausgebildete Diätassistenten Ernährungsberatung und Lehrküchenkurse (Übungskochen) an.*
- 38 MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien  
*Stillvorbereitungskurse (vierteljährlich), Säuglingspflegekurse (s.o.), Tragetuchkurse, Erste Hilfe bei Kindern, Oma-Opa-Kurse, Beikostkurse, Infoabend für werdende Eltern*

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 39 MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen  
*Kreißsaalführungen*
- MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
- 40 *Anleitung zu ATL, zum Eigentraining, zu Blutdruck-, Gerinnungs-, Blutzucker-, Pulskontrolle, zur Wundversorgung und Narbenpflege, zur Medikamenteneinnahme*
- 41 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie  
*Abteilung Physiotherapie*
- 42 MP43 - Stillberatung  
*Eine ausgebildete Still- und Laktationsberaterin steht den jungen Müttern beratend zur Seite.*
- 43 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie  
*Abteilung Logopädie*
- 44 MP45 - Stomatherapie/-beratung  
*Eine qualifizierte Stomaschwester steht für die Betreuung und Beratung der stationären Patienten zur Verfügung.*
- 45 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik  
*Ein privates Sanitätshaus befindet sich im Erdgeschoss des Krankenhauses.*
- 46 MP67 - Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
- 47 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen  
*Abteilung Physiotherapie*
- 48 MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik  
*Abteilung Physiotherapie*
- 49 MP51 - Wundmanagement  
*Drei qualifizierte Wundschwestern stehen für die Betreuung und Beratung der stationären Patient\*innen zur Verfügung.*
- MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
- 50 Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege  
*Die Zusammenarbeit erfolgt über die einzelnen Stationen und den Sozialdienst.*
- 51 MP02 - Akupunktur  
*Psychiatriebereich*
- 52 MP53 - Aromapflege/-therapie  
*Die Aromatherapie wird im Bereich der Palliativbehandlung oder auch Schmerztherapie sowie Psychiatriebereich durchgeführt.*
- 53 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen  
*wird in verschiedenen Bereichen praktiziert, beispielsweise zur Cochlear Implant-Versorgung oder im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung*

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM02: Ein-Bett-Zimmer  
*Im Rahmen der Wahlleistungen kann die Unterbringung im Einzelzimmer vereinbart werden.*
- 2 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  
*Alle Ein-Bett-Zimmer der peripheren Bereiche verfügen über eine eigene Nasszelle.*
- 3 NM05: Mutter-Kind-Zimmer  
*Ein Stillraum und drei Familienzimmer sind im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe vorhanden.*
- 4 NM07: Rooming-in  
*In der Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe wird die Möglichkeit des Rooming-In angeboten.*
- 5 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  
*Begleitpersonen (z.B. Eltern) können bei medizinischer Indikation jederzeit gemeinsam im Zimmer der/des Patientin/Patienten untergebracht werden. Auf Wunsch ermöglichen wir Angehörigen, mit Abschluss eines Wahlleistungsvertrages, eine Unterbringung.*
- 6 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
- 7 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  
*Alle Zimmer der peripheren Bereiche verfügen über eine eigene Nasszelle.*
- 8 NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen  
*Der Rezeptionsbereich ist direkt am Eingang des Hauses vorhanden. Die Mitarbeiter\*innen des IBKT begleiten unsere Patient\*innen, um einen reibungslosen Organisationsablauf bei erforderlichen therapeutischen und diagnostischen Untersuchungen und Behandlungen zu gewährleisten.*
- 9 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung  
*Ein Krankenhausseelsorger ist im Bedarfsfall für unsere Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen vor Ort und jederzeit telefonisch erreichbar. Zudem verfügt das Haus über eine Krankenhauskapelle.*
- 10 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen  
*Informationsveranstaltungen werden jährlich für alle Bereiche angeboten. z. B. Infoabend für werdende Eltern; Anästhesiologischer Schulter-Arm-Kurs; Aktionstag Saubere Hände; Infoveranstaltung des EndoProthetikZentrums*
- 11 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen  
*In allen Fachbereichen kann der Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen hergestellt werden, z.B. bieten Suchtberatungsstellen aus der Region alkoholkranken Patient\*innen Ihre Hilfe an.*
- 12 NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung  
*möglich*
- 13 NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet
- 14 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen  
*Kulturelle Ernährungsgewohnheiten werden durch unser Servicepersonal erfragt und berücksichtigt.*
- 15 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)  
*In jedem Fachbereich kann sich über weitere nicht-medizinische Leistungsangebote informiert werden.*

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	SBV-Vorsitzende (Schwerbehinderten-Vertretung)
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843 34 3060
Fax	03843 34 3440
E-Mail	M.Schierstedt@kmg-kliniken.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF23 - Allergenarme Zimmer
- 2 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 3 BF11 - Besondere personelle Unterstützung  
*Service Mitarbeiter\*innen sind im 2-Schicht-System im Haus ansprechbar.*
- 4 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 5 BF24 - Diätetische Angebote  
*Zu den Mahlzeiten wird diätische Kost angeboten.*
- 6 BF25 - Dolmetscherdienst  
*Eine Dolmetscherliste ist aktuell im Intranet des Krankenhauses verfügbar.*
- 7 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)  
*Ein speziell benötigter Bettentyp kann entsprechend bereit gestellt werden.*
- 8 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 9 BF21 - Hilfsggeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter  
*Patientenlifter, spezielle Tragetücher und andere Hilfsmittel sind für die Pflegekräfte jederzeit nutzbar.*
- 10 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 11 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 12 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)  
*Die Bedienleiste kann problemlos vom Rollstuhl aus oder durch kleine Kinder bedient werden.*
- 13 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen  
*Rollstuhlgerechte Toiletten stehen auf allen Etagen zur Verfügung.*
- 14 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen  
*Service Räume, wie z. B. die Cafeteria sind mit Rollstühlen befahrbar und mit Aufzügen erreichbar.*
- 15 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- 16 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 17 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 18 BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache  
*Alle Informationen des Ausgangstexts werden in Leichte Sprache übertragen, Erläuterungen gegeben, sodass alle relevanten Informationen verständlich gemacht werden können.*

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 19 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 20 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 21 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
- FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
- 1 *Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock. Zur praktischen Ausbildung stehen den Student\*innen qualifizierte Tutor\*innen zur Seite. In allen Kliniken werden Pflegepraktika und Famulaturen angeboten. Die Teilnahme an internen Fortbildungen ist ebenso möglich.*  
FL02 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
- 2 *Lehrauftrag Universitätsmedizin Rostock (Regellehre: Hauptvorlesung, Seminare, Wahlpflichtfach); Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel: Lehrbeauftragter für den Masterstudiengang „Master of Migraine and Headache Medicine (MMHM)“*  
FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
- 3 *u. a. Herzchirurgie Universitätsmedizin Rostock, Lungenfachklinik Amsee, Klinik und Poliklinik für Neurologie Universitätsmedizin Rostock (Kopfschmerzzentrum Nord-Ost mit Standorten in Rostock/UMR und Güstrow/KMG)*  
FL09 - Doktorandenbetreuung
- 4 *Neurozentrum: Doktoranden in Arbeitsgruppe Kopfschmerz/Schmerz am Kopfschmerzzentrum Nord-Ost, Klinik und Poliklinik für Neurologie/UMR*

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Das KMG Klinikum Güstrow bildet derzeit über 150 junge Frauen und Männer in den Bereichen Krankenpflege, Krankenpflegehilfe, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenten aus.

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
- HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 1 *Die Ausbildungsdauer umfasst 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter\*innen sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgabe des KrPflG. Der theoretische Teil wird in der Beruflichen Schule des Klinikums Güstrow vermittelt.*  
HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
- 2 *Die 3-jährige theoretische und berufspraktische Ausbildung wird an der staatlichen Beruflichen Schule am KMG Klinikum Güstrow absolviert.*  
HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
- 3 *Die theoretische Ausbildung erfolgt an der Schule für Operationstechnische Assistent\*innen am KMG Klinikum Güstrow. Die Praktische Anwendung des Erlernten erfolgt in den KMG Kliniken. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre.*  
HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme
- 4 *Die Ausbildungsdauer umfasst 3 Jahre. Der theoretische Teil der Ausbildung erfolgt an der Beruflichen Schule „Alexander Schmorell“ in Rostock. Der zur Ausbildung gehörende praktische Teil wird im KMG Klinikum Güstrow absolviert.*  
HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
- 5 *Die Ausbildungsdauer umfasst 3 Jahre. Der theoretische Teil der Ausbildung erfolgt an der Beruflichen Schule „Alexander Schmorell“ in Rostock. Der zur Ausbildung gehörende praktische Teil wird im KMG Klinikum Güstrow absolviert.*  
HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 6 *Seit 2020 wird der neue generalistische Beruf am Klinikum ausgebildet.*

Des Weiteren wird die 3-jährige Ausbildung zum / zur **Chirurgisch Technische/r Assistent/in (CTA)** angeboten.

Die theoretische Ausbildung erfolgt an der Schule für Operationstechnische und Chirurgisch Technische Assistenten des KMG Klinikums Güstrow. Die Praktische Ausbildung erfolgt in den KMG Akutkliniken oder bei externen Kooperationspartnern.

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 451

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 16936  
 Teilstationäre Fallzahl 226  
 Ambulante Fallzahl 14556  
 StäB. Fallzahl 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				139,09
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	137,95	<b>Ohne</b>	1,14
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	7,45	<b>Stationär</b>	131,64

#### - davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				79,73
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	78,59	<b>Ohne</b>	1,14
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	7,13	<b>Stationär</b>	72,6

#### Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				3,4 <sup>1)</sup>
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,4	<b>Stationär</b>	1

1) Krankenhaushygieniker Rettungsdienst Ausbildung Notaufnahme

#### - davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				3,08
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,08	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,08	<b>Stationär</b>	1

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				295,04
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	295,04	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	34,33 <sup>1)</sup>	<b>Stationär</b>	260,71
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				64,93 <sup>2)</sup>
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	64,93	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	25,08	<b>Stationär</b>	39,85
1) Ambulanzen, Psych TK/ TK KJM				
2) Ambulanzen				
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				20,57
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	20,57	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,75 <sup>1)</sup>	<b>Stationär</b>	18,82
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				1,75
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,75	<b>Stationär</b>	0
1) ZNA				
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				7,13
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	7,13	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	7,13
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				0,54
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,54	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,54
<b>Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)</b>				
Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt				14,18
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	14,18	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	14,18
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				1,58
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,58	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,58
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften</b>				
Gesamt				4,7

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,7	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,7
<b>Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				8,75
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1	<b>Stationär</b>	7,75
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				10,65
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,65	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,65
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				10,47
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,47	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,47
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				17,03
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	17,03	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	8,1 <sup>1)</sup>	<b>Stationär</b>	8,93
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				10,22
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,22	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	8,1	<b>Stationär</b>	2,12

1) Ambulanzen

## A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				4,81
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,81	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,84	<b>Stationär</b>	2,97

### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				3,07
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,07	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,07

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt				0,75
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,75	<b>Stationär</b>	0

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				5,76
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,76	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,16	<b>Stationär</b>	3,6



## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				10,32
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,57	<b>Ohne</b>	0,75
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,32

### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				13,57
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,57	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	13,57

### SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				3,39
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,39	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,39

### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				3,67
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,67	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,67

### SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				3,28 <sup>1)</sup>
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,28	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,28

1) Die Logopäd\*innen sind im gesamten Klinikum tätig und haben feste Therapiezeiten in der HNO-Fachabteilung u. a. zur Therapie und Betreuung der CIVE-Patient\*innen.

### SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				0,95
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,95	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,95

### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				2,95
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,95	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,95

### SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1,95
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,95	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,95

### SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt				1,35
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,35	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,35

**SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

Gesamt				3 <sup>1)</sup>
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3

1) Die Mitarbeiter\*innen der Sozialdienstes sind im gesamten Klinikum tätig.

**SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge**

Gesamt				0,44
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,44	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,44

**SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut**

Gesamt				0,34
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,34	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,34

**SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik**

Gesamt				2,13
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,13	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,13

**SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)**

Gesamt				14,63
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	14,63	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	14,63

**SP30 - Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker**

Gesamt				2,44 <sup>1)</sup>
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,44	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,44

1) Die Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker sind u. a. im Bereich der Cochlear Implantat Versorgung und Anpassung tätig.

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Martina Wenzlaff
Telefon	03843 343121
Fax	03843 343002
E-Mail	m.wenzlaff@kmg-kliniken.de

## A-12.1.2 Lenkungsgremium

### Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche alle Fachabteilungen  
Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

#### Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Klinik für Innere Medizin II, Zentrale Notaufnahme, Pflege, Therapiebereiche, Qualitätsmanagementbeauftragte  
Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

#### Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme  
RM18: Entlassungsmanagement
- 1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** PS G019 Patiententlassung  
**Letzte Aktualisierung:** 15.09.2023  
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 2 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Risikomanagement,VA\_CIRS  
**Letzte Aktualisierung:** 08.08.2022  
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Notfallmanagement  
**Letzte Aktualisierung:** 16.03.2021

## Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme  
RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Fixierung  
**Letzte Aktualisierung:** 26.05.2020  
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Dekubitusprophylaxe allgemein  
**Letzte Aktualisierung:** 25.02.2022  
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Risikomanagement,VA\_CIRS  
**Letzte Aktualisierung:** 08.08.2022  
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Risikomanagement,VA\_CIRS  
**Letzte Aktualisierung:** 08.08.2022
- 8 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  
RM05: Schmerzmanagement
- 9 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP\_Akut Schmerzversorgung\_Güstrow  
**Letzte Aktualisierung:** 10.07.2023  
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 10 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut  
**Letzte Aktualisierung:** 03.01.2022  
RM06: Sturzprophylaxe
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP\_Sturzprophylaxe  
**Letzte Aktualisierung:** 13.12.2018
- 12 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 13 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen  
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Risikomanagement,VA\_CIRS  
**Letzte Aktualisierung:** 08.08.2022  
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** LL\_Patientenidentifikation  
**Letzte Aktualisierung:** 21.04.2022
- 16 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

### Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Andere: Komplikationsbesprechungen i. R. des zertifizierten EndoProthetikZentrums

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  
**Letzte Aktualisierung:** 08.08.2022
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  
**Frequenz:** monatlich
- 3 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  
**Frequenz:** bei Bedarf

#### Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Um den Mitarbeitern ein Feedback zu geben und über getroffene Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu informieren, wird halbjährlich ein Newsletter intern verschickt. Des Weiteren nimmt die Klinik am CIRSmedical-Netz Deutschland teil. Bei Bedarf finden Besprechungen zu Fällen in einer häufigeren Frequenz statt.

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

#### Genutzte Systeme

- # Bezeichnung
- 1 EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

#### Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

#### Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Der Krankenhaushygieniker ist über ein externes Hygieneinstitut beauftragt. Unser hausinterner Krankenhaushygieniker befindet sich derzeit noch in Ausbildung.

#### Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6
Erläuterungen	Am Standort sind sechs hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen tätig.

#### Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4

#### Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	37
Erläuterungen	Es sind in allen Bereichen des Krankenhauses hygienebeauftragte Pflegekräfte berufen. In den größeren Bereichen sind 2 hygienebeauftragte Pflegekräfte tätig. Alle hygienebeauftragte Pflegekräfte haben einen Weiterbildungskurs besucht. Hygienetreffen mit den Hygienefachkräften und u.a. der PDL finden regelmäßig statt.

### Organisation der Hygiene

#### Betrieblich-organisatorisch

- Erstellung von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen auf der Basis von KRINKO- Empfehlungen und Leitlinien
- Beratung der Krankenhausleitung in Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- Beratungstätigkeit im Rahmen der Beschaffung medizinischer Güter/ Materialien/ hygienerelevanter Einrichtungsgegenstände
- Beratung von Patienten und Angehörigen zu Hygienemaßnahmen bei speziellen Infektionserkrankungen
- Teilnahme an Vor- und Nachbereitung behördlicher Begehungen in Abstimmung mit KHH/ hygienebeauftragten Ärzt\*innen
- Mitwirkung bei Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene
- Mitwirkung in Arbeitsgruppen, Projekten, Qualitätszirkeln und Kommissionen (z. B. Hygienekommission, Ausbruchssitzungen, Arbeitsschutzausschuss, Transfusionskommission o. Ä.)
- Planung, Durchführung und Dokumentation von Beratungen, Schulungen, Fortbildungen, Unterweisungen

und Begehungen

- Organisation von hygienerelevanten Betriebsabläufen und Arbeitsprozessen
- Erfassung, Bewertung und Kommunikation mikrobiologischer Befunde und Mitwirkung bei der Festlegung von krankenhaushygienischen Schutzmaßnahmen
- Mitwirkung bei Auditierungs- und Zertifizierungsverfahren

#### Baulich-funktionell

- Teilnahme, Mitwirkung an Baubesprechungen und Beratung
- Vor-Ort-Überwachung der Baumaßnahmen (z. B. Staubschutz)

#### Abteilungs-/ Bereichsbezogen

- Implementierung der hygienischen Vorgaben in die Pflegestandards und entsprechende Beratung des Personals
- Kontrolle der Umsetzung von empfohlenen Hygienemaßnahmen – durch regelmäßige Hygienebegehungen aller Bereiche
- Überwachung der Umsetzung von Empfehlungen in Ver- und Entsorgungsbereichen
- Hilfestellung vor Ort bei der Anwendung von Infektionspräventionsmaßnahmen
- Umfangreiche Schulungen der Mitarbeiter im Rahmen von Einzelgesprächen und Schulungsveranstaltungen

#### Surveillance

- Erfassung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen
- Erfassung und Bewertung von Erregern mit besonderen Eigenschaften (z. B. Resistenzen/ Multiresistenzen)
- Erstellung von Infektionsstatistiken
- Rückmeldung der Ergebnisse und Analysen an die Bereiche
- Erarbeitung von Präventionszielen

#### Ausbruchsmangement

- Betreuung und Beratung der Beschäftigten vor Ort im Ausbruchsgeschehen
- Mithilfe bei der Aufklärung von Transmissionsketten im Rahmen des Ausbruchsmangements
- Mitwirkung bei der Erstellung des Abschlussberichtes
- Mitwirkung bei der Festlegung von Maßnahmen zur Prävention von weiteren Ausbrüche

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

#### **Hygienekommission**

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

#### **Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de

Hausinterne Krankenhaushygiene:

Name/ Funktion: Dr. med. Carsten Heinrich, Krankenhaushygieniker (in Ausbildung)

Telefon: 03843 - 34 18 10

E-Mail: [C.Heinrich@kmg-Kliniken.de](mailto:C.Heinrich@kmg-Kliniken.de)

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Name/Funktion	Prof. Dr. med Dietmar Bänsch, Ärztlicher Direktor
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

#### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl  Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Beachtung der Einwirkzeit	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Hygienische Händedesinfektion	Ja

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Kopfhabe	Ja
2	Mund-Nasen-Schutz	Ja
3	Steriles Abdecktuch	Ja
4	Sterile Handschuhe	Ja
5	Steriler Kittel	Ja

#### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl  Ja

#### Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor

Auswahl  Ja

#### Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl  Ja



### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	Ja

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

#### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja

#### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

#### Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

Auswahl	Ja
---------	----

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
2	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
3	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja

#### Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

##### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 22

##### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 140

##### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

Zusätzlich erfolgen regelmäßig Compliance-Beobachtungen im Rahmen der Aktion "Saubere Hände" in einigen Bereichen.

Dies beinhaltet die direkte Beobachtung des Händedesinfektionsverhalten (Compliance) der Mitarbeiter\*innen während der täglichen Arbeit.

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

##### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte	Ja
2	Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

##### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

## A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

### Hygienebezogenes Risikomanagement

# Instrument bzw. Maßnahme

HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

*zusätzlich Teilnahme am ITS-KISS, OP-KISS, Stations-KISS*

HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten

2 **Frequenz:** jährlich

HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

3 **Frequenz:** andere Frequenz (**FALSCHE ZUORDNUNG!**)

### Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

HAND-KISS

ITS-KISS

MRSA-KISS

OP-KISS

SARI

#### Hand KISS:

- Erfassung des gesamten Jahresverbrauches an Händedesinfektionsmittel pro Abteilung (Nachvollziehbarkeit der Händedesinfektionen der Mitarbeiter)

#### ITS / MRE – KISS:

- Erfassung und Bewertung nosokomialer Pneumonien, nosokomialer Harnwegsinfektionen und nosokomialer Septikämien auf Intensivstation
- Erfassung und Bewertung von multiresistenten Erregern auf Intensivstationen

#### MRSA KISS:

- Erfassung und Bewertung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen bzw. Kolonisationen mit Methicillin resistenten Staphylokokkus aureus Stämmen unter Etablierung eines Aufnahmescreenings von risikobehafteten Patienten im Rahmen eines umfangreichen MRSA Managements

#### OP KISS:

- Surveillance von Wundinfektionen und optional untere Atemwegsinfektionen nach häufigen oder besonders relevanten Operationen (Indikator-OPs).
- Erfassung von: Leistenhernien, Hüft-TEP (Coxarthrose), Knie-TEP

#### Stations-KISS:

- Erfassung und Bewertung nosokomialer Harnwegsinfektionen auf einer Nicht-Intensivstation

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	guestrow@kmg-kliniken.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

#### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Krankenhausapotheke
Titel, Vorname, Name	Ulrike Wiechmann
Telefon	03843 341100
Fax	03843 341102
E-Mail	u.wiechmann@kmg-kliniken.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

#### Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
4	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
5	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
6	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
7	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

#### Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

#### Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

#### Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

### **Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung**

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## **A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

### **Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Präventions- und Interventionsmaßnahmen  
vorgesehen? Ja

### **Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor**

Auswahl Ja

### **Schutzkonzepte**

- # Schutzkonzept
- 1 SK01: Informationsgewinnung zur Thematik
- 2 SK03: Aufklärung
- 3 SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
- 4 SK07: Sonstiges (Prävention)

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
2	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i>
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
4	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i> Keine Angabe erforderlich
5	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	<i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i> Keine Angabe erforderlich
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	<i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> Ja
7	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	<i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i> Keine Angabe erforderlich
8	AA50 - Kapselendoskop	<i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i> Ja
9	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> Keine Angabe erforderlich
10	AA23 - Mammographiegerät	<i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i> Ja
11	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	<i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> Keine Angabe erforderlich
12	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	<i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> Ja
13	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	<i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i> Keine Angabe erforderlich
14	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	<i>Harnflussmessung</i>

## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

## A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

### Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

### Stufen der Notfallversorgung

Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

## A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

## A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

### Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt Nein

## A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[0100-GU\_INN\_I] Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

#### B-[0100-GU\_INN\_I].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

#### B-[0100-GU\_INN\_I].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

#### B-[0100-GU\_INN\_I].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. univ. Árpád Dávid
Telefon	03843 341950
Fax	03843 343320
E-Mail	A.David@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### B-[0100-GU\_INN\_I].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[0100-GU\_INN\_I].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
  - 2 VC06 - Defibrillatoreingriffe
  - 3 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
  - 4 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
  - 5 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
  - 6 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
  - 7 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
  - 8 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
  - 8 *inklusive invasive Diagnostik und Therapie*
  - 9 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
  - 10 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
  - 11 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
  - 12 VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
  - 13 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
  - 14 VI20 - Intensivmedizin
  - VC00 - („Sonstiges“)
  - 15 *Interventionelle Mitralklappen-Anuloplastie (Carillon Mitral Contour System®)*
  - 16 VI40 - Schmerztherapie
  - 17 VC05 - Schrittmachereingriffe
  - VC00 - („Sonstiges“)
  - 18 *Anlage von groß- und klein-lumigen Thoraxdrainagen*
  - VI00 - („Sonstiges“)
  - 19 *Physikalische Therapie*
  - VC00 - („Sonstiges“)
  - 20 *CRT-Implantationen*
  - VI00 - („Sonstiges“)
  - 21 *Duplexsonographie*
  - VC10 - Eingriffe am Perikard
  - 22 *Perikarddrainage*
  - VI00 - („Sonstiges“)
  - 23 *Eindimensionale Dopplersonographie*
  - 24 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
  - 25 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
  - VC71 - Notfallmedizin
  - 26 *im Rahmen der Schockraum- und IMC-Betreuung*
  - VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
  - 27 *zur Abklärung kardiologischer Genese*
  - VI00 - („Sonstiges“): Sonographie mit Kontrastmittel
  - 28 *zum Nachweis kardialen Shunts*
  - VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
  - 29 *bei embolischer Genese und bei Stenosen der extrakraniellen Gefäße*

- # Medizinische Leistungsangebote
- 30 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen  
*in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie*
- 31 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten  
*in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie*
- 32 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien  
*bei anaphylaktischen Reaktionen*
- 33 VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen  
*nur Diagnostik im Erwachsenenalter*
- 34 VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation  
*nur Herz*
- 35 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung  
*z.B. bei Prüfung der Funktion von mechanischen Herzklappen*
- 36 VR15 - Arteriographie  
*zur Vorbereitung für TAVI*
- 37 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen  
*in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie*

## **B-[0100-GU\_INN\_I].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2550
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[0100-GU\_INN\_I].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	186
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	178
3	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	165
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	123
5	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	95
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	95
7	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	87
8	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	79
9	R55	Synkope und Kollaps	71
10	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	69
11	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	64
12	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	63
13	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	60
14	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	57
15	I35.0	Aortenklappenstenose	48
16	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	48
17	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	46
18	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	42
19	R06.0	Dyspnoe	38
20	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	35
21	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	35
22	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	34
23	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	30
24	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	27
25	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	26
26	J44.11	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes	22
27	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	22
28	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	22
29	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	20
30	I20.0	Instabile Angina pectoris	20

**B-[0100-GU\_INN\_I].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	424
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	402
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	274
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	168
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	120
6	I11	Hypertensive Herzkrankheit	108
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	107
8	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	84
9	R55	Synkope und Kollaps	71
10	I20	Angina pectoris	68
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	67
12	I26	Lungenembolie	49
13	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	39
14	R06	Störungen der Atmung	38
15	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	36
16	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	30
17	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	29
18	J20	Akute Bronchitis	28
19	I47	Paroxysmale Tachykardie	23
20	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	20
21	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	18
22	R42	Schwindel und Taumel	15
23	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	15
24	I33	Akute und subakute Endokarditis	14
25	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	12
26	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
27	J45	Asthma bronchiale	10
28	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	9
29	R00	Störungen des Herzschlages	9
30	M54	Rückenschmerzen	9

**B-[0100-GU\_INN\_I].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[0100-GU\_INN\_I].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	834
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	556
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	525
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	393
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	359
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	351
7	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	279
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	273
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	228
10	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	219
11	8-83b.07	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	207
12	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	197
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	190
14	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	190
15	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	179
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	173
17	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	153
18	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	151
19	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	144
20	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	132
21	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	125
22	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	122
23	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	114
24	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	100

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	94
26	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	86
27	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	84
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	82
29	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	81
30	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	80

### B-[0100-GU\_INN\_I].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1019
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	987
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	834
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	784
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	642
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	525
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	351
8	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	279
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	273
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	222
11	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	202
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	190
13	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	164
14	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	149
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	121
16	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	111
17	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	108
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	90
19	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	86
20	3-05g	Endosonographie des Herzens	80
21	8-854	Hämodialyse	76
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	76
23	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	65
24	1-710	Ganzkörperplethysmographie	57
25	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	52
26	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	50
27	8-390	Lagerungsbehandlung	50
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	46

29	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	40
30	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	33

### B-[0100-GU\_INN\_I].7.2 Kompetenzprozeduren

### B-[0100-GU\_INN\_I].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

### B-[0100-GU\_INN\_I].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz	VI00 - („Sonstiges“)
2	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Sprechstunde in Vorbereitung auf eine stationäre kardiologische Untersuchung
3	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher und ICD-Nachsorge

### B-[0100-GU\_INN\_I].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

### B-[0100-GU\_INN\_I].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	18
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	12
3	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	7
4	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	< 4
5	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	< 4
6	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	< 4
7	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	< 4

### B-[0100-GU\_INN\_I].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	45

### B-[0100-GU\_INN\_I].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein



## B-[0100-GU\_INN\_I].11 Personelle Ausstattung

### B-[0100-GU\_INN\_I].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		13,82	Fälle je VK/Person	185,185181
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,82	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,05	<b>Stationär</b>	13,77
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		6,8	Fälle je VK/Person	377,777771
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,8	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,05	<b>Stationär</b>	6,75

#### B-[0100-GU\_INN\_I].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
- 2 AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
- 3 AQ23 - Innere Medizin

#### B-[0100-GU\_INN\_I].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie
- 2 ZF44 - Sportmedizin
- 3 ZF15 - Intensivmedizin
- 4 ZF28 - Notfallmedizin

**B-[0100-GU\_INN\_I].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		18,53	Fälle je VK/Person	137,61467
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	18,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	18,53

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2550
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2550
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt		0,77	Fälle je VK/Person	3311,68848
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,77	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,77

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften**

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2550
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		1,83	Fälle je VK/Person	1393,44263
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,83	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,83

**B-[0100-GU\_INN\_I].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[0100-GU\_INN\_I].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement  
*enterale Ernährung*

**B-[0100-GU\_INN\_I].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[0100-GU\_INN\_II] Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

### B-[0100-GU\_INN\_II].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

#### B-[0100-GU\_INN\_II].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

#### B-[0100-GU\_INN\_II].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrich Kleier
Telefon	03843 341401
Fax	03843 343282009
E-Mail	u.kleier@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[0100-GU\_INN\_II].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[0100-GU\_INN\_II].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 3 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 4 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 5 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 6 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 7 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 8 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 9 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 10 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 11 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 12 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 13 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 14 VI35 - Endoskopie
- 15 VI20 - Intensivmedizin
- 16 VI38 - Palliativmedizin
- 17 VI39 - Physikalische Therapie
- 18 VI40 - Schmerztherapie

## **B-[0100-GU\_INN\_II].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	3189
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[0100-GU\_INN\_II].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	138
2	K29.1	Sonstige akute Gastritis	125
3	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	109
4	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	69
5	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	64
6	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	59
7	E86	Volumenmangel	57
8	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	53
9	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	51
10	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	49
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	45
12	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	45
13	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	42
14	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	41
15	C22.0	Leberzellkarzinom	39
16	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	38
17	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	37
18	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	35
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	29
20	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	29
21	K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	28
22	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	27
23	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	26
24	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	25
25	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	25
26	R11	Übelkeit und Erbrechen	24
27	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	24
28	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	23
29	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	23
30	A46	Erysipel [Wundrose]	22

**B-[0100-GU\_INN\_II].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	219
2	K29	Gastritis und Duodenitis	218
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	138
4	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	119
5	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	109
6	K85	Akute Pankreatitis	98
7	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	81
8	J20	Akute Bronchitis	75
9	N17	Akutes Nierenversagen	69
10	K70	Alkoholische Leberkrankheit	63
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	60
12	E86	Volumenmangel	57
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	55
14	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	51
15	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	48
16	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	47
17	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	46
18	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	42
19	D50	Eisenmangelanämie	41
20	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	40
21	N18	Chronische Nierenkrankheit	39
22	K25	Ulcus ventriculi	37
23	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	36
24	K57	Divertikulose des Darmes	35
25	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	34
26	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	34
27	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	32
28	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	32
29	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	31
30	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	29

**B-[0100-GU\_INN\_II].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[0100-GU\_INN\_II].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1437
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	628
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	524
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	459

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	416
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	408
7	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	341
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	332
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	282
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	278
11	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	268
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	264
13	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	244
14	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	227
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	198
16	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	180
17	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	172
18	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	168
19	3-056	Endosonographie des Pankreas	166
20	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	157
21	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	156
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	148
23	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	148
24	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	122
25	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	113
26	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	113
27	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	108
28	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	90
29	8-900	Intravenöse Anästhesie	89
30	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	89

**B-[0100-GU\_INN\_II].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1748
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1465
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	856
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	819
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	787
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	393
7	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	378
8	5-469	Andere Operationen am Darm	362
9	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	341
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	314
11	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	312
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	282
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	268
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	193
15	3-056	Endosonographie des Pankreas	166
16	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	133
17	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	124
18	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	113
19	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	113
20	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	90
21	8-900	Intravenöse Anästhesie	89
22	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	89
23	3-100	Mammographie	70
24	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	69
25	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	68
26	8-854	Hämodialyse	64
27	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	60
28	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	60
29	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	60
30	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	59

**B-[0100-GU\_INN\_II].7.2 Kompetenzprozeduren**



**B-[0100-GU\_INN\_II].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier <i>- Endosonographie - Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße - bilio-pankreatische Diagnostik Therapie - Kapselendoskopie - Prokto- Rektoskopien - Koloskopien - Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie mit chronischen Lebererkrankung</i>
1	(besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
3	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kleier <i>Chefarztsprechstunde</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

**B-[0100-GU\_INN\_II].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier	VI00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier	VI35 - Endoskopie
3	Chefarztambulanz Dr. Kleier	VX00 - („Sonstiges“)
4	Medizinisches Zentrum	VI00 - („Sonstiges“)
5	Medizinisches Zentrum	VX00 - („Sonstiges“)
6	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“)
7	Medizinische Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

**B-[0100-GU\_INN\_II].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100-GU\_INN\_II].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	257
2	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	238
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	94
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	90
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	70
6	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	49
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	10
8	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	8
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	4
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	4
11	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
12	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
13	5-452.62	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
14	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4
15	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	< 4
16	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
17	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	< 4
18	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	< 4
19	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
20	5-452.61	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
21	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
22	5-452.62	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
23	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	< 4
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
24	5-452.63	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4

### B-[0100-GU\_INN\_II].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	415
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	356
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	65
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
7	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4

### B-[0100-GU\_INN\_II].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[0100-GU\_INN\_II].11 Personelle Ausstattung

### B-[0100-GU\_INN\_II].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		15,17	Fälle je VK/Person	213,026047
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	15,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,2	<b>Stationär</b>	14,97
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		4,6	Fälle je VK/Person	724,7727
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,2	<b>Stationär</b>	4,4

#### B-[0100-GU\_INN\_II].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
  - 2 AQ23 - Innere Medizin

#### B-[0100-GU\_INN\_II].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF07 - Diabetologie
  - 2 ZF30 - Palliativmedizin

### B-[0100-GU\_INN\_II].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		23,93	Fälle je VK/Person	133,263687
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	23,93	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	23,93

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,29	Fälle je VK/Person	10996,5518
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,29	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,29

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,93	Fälle je VK/Person	1088,39587
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,93	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,93

### **B-[0100-GU\_INN\_II].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 5 PQ18 - Pflege in der Endoskopie

### **B-[0100-GU\_INN\_II].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP03 - Diabetes
- 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 3 ZP20 - Palliative Care

### **B-[0100-GU\_INN\_II].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[0100-GU\_INN\_III] Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

### B-[0100-GU\_INN\_III].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Im Frühjahr 2018, wurde am KMG Klinikum Güstrow das Kardiologisch-Rhythmologische Zentrum eröffnet.

Im Zuge des Ausbaus der Herzmedizin am KMG Klinikum Güstrow wurde darüber hinaus die Intensivstation umgebaut und eine Intermediate-Care-Station als Überwachungsstation zwischen Intensivversorgung und Unterbringung auf einer regulären Station eingerichtet.

Bereits seit 2013 ist am KMG Klinikum Güstrow die Chest Pain Unit – also die Brustschmerzambulanz – zur optimalen Versorgung von Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt zertifiziert. Herzpatienten wird eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau mit hochqualifizierte Teams angeboten. Das KMG Klinikum Güstrow verfügt über drei Katheterlabore für die interventionelle – also nicht chirurgische – Herzmedizin, die mit dem Besten an derzeit verfügbarer Medizintechnik ausgestattet sind, u. a. drei Kardio-Angiografie-Anlagen der neuesten Generation, und international jedem Vergleich standhalten.

Eingerichtet wurde ein neues Linksherzkatheterlabor für invasive kardiale Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken sowie für geplante und Notfall-Eingriffe. Unter anderem werden hier Korrekturen von Herzfehlern vorgenommen und Patienten werden mit Stents versorgt. In den beiden elektrophysiologischen Laboren wurden hochmoderne Mapping-Systeme der Firmen Biosense Webster, Abbott und Biotronik installiert, die eine komplette Kartografie des behandelten Herzens und somit eine punktgenaue Lokalisierung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen ermöglichen. Das Verfahren der Katheter-Ablation macht eine medikamentöse Behandlung von Herzrhythmusstörungen überflüssig. Eines der elektrophysiologischen Labore erfüllt besondere hygienische Anforderungen und funktioniert als Hybrid-OP. Das bedeutet, dass hier sowohl komplexe Ablationen durchgeführt werden können als auch die Implantation von Elektroaggregaten wie Herzschrittmachern und Defibrillatoren.

Die Katheterlabore stehen unter der Verantwortung von Dr. Dr. Fabian Hammer, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I, und Prof. Dr. Dietmar Bänsch, Chefarzt der Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie am KMG Klinikum Güstrow.

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

### B-[0100-GU\_INN\_III].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

## B-[0100-GU\_INN\_III].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341435
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

## B-[0100-GU\_INN\_III].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## B-[0100-GU\_INN\_III].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

### Unsere Schwerpunkte sind:

- Paroxysmales Herzrasen mit typischem On-Off-Phänomen ohne EKG-Dokumentation
- Schmalcomplextachykardie mit EKG-Dokumentation
- Typisches Vorhofflattern mit EKG-Dokumentation
- Atriale Makro-Reentry-Tachykardien
- Nach Herzoperationen (inzisionale Tachykardien)
- Narben-assoziiert (bei Vorhof-Kardiomyopathien)
- Symptomatisches Vorhofflimmern ohne strukturelle Herzerkrankung
- Symptomatisches Vorhofflimmern bei struktureller Herzerkrankung nach einem ineffektiven antiarrhythmischen Therapieversuch
- Ventrikuläre Extrasystolen
  - Symptomatisch
  - Asymptomatisch > 10000/24h
- Symptomatische ventrikuläre Tachykardien ohne strukturelle Herzerkrankung
- Ventrikuläre Tachykardie bei struktureller Herzerkrankung und ICD-Trägern nach erstem VT-Cluster (> 2 VT/24 h oder = 4 Schocks)
- Synkopen bei struktureller Herzerkrankung zum Ausschluss ventrikulärer Tachykardien
- Risikostratifizierung bei nicht anhaltenden ventrikulären Tachykardien nach durchgemachtem Myokardinfarkt

### # Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 2 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 3 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 4 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 5 VI27 - Spezialsprechstunde
- 6 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 7 VC05 - Schrittmachereingriffe
- 8 VC06 - Defibrillatoreingriffe
- 9 VI34 - Elektrophysiologie
- 10 VI00 - („Sonstiges“): HIS-Bündel-Stimulation
- 11 VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher mit LBB Stimulation

## B-[0100-GU\_INN\_III].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	923
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	ambulante Fallzahl: 683

**B-[0100-GU\_INN\_III].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	263
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	221
3	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	154
4	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	70
5	I48.3	Vorhofflattern, typisch	55
6	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	42
7	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	11
8	R55	Synkope und Kollaps	10
9	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	10
10	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	10
11	I45.6	Präexzitations-Syndrom	8
12	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	7
13	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	6
14	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	4
15	I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry	4
16	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	4
17	I44.0	Atrioventrikulärer Block 1. Grades	4
18	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	< 4
19	I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie	< 4
20	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4
21	I44.7	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet	< 4
22	I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	< 4
23	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	< 4
24	I45.3	Trifaszikulärer Block	< 4
25	I49.1	Vorhofextrasystolie	< 4
26	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
27	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	< 4
28	R00.2	Palpitationen	< 4
29	R42	Schwindel und Taumel	< 4
30	I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	< 4

**B-[0100-GU\_INN\_III].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	561
2	I47	Paroxysmale Tachykardie	203
3	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	87
4	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	16
5	R00	Störungen des Herzschlages	13
6	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	12
7	R55	Synkope und Kollaps	10
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	6



#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	4
10	I50	Herzinsuffizienz	< 4
11	R42	Schwindel und Taumel	< 4
12	I42	Kardiomyopathie	< 4
13	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
14	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
15	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
16	R07	Hals- und Brustschmerzen	< 4
17	R06	Störungen der Atmung	< 4

## B-[0100-GU\_INN\_III].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[0100-GU\_INN\_III].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	715
2	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	679
3	8-835.8	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	670
4	1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien	622
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	527
6	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	422
7	8-835.h	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Messung des Anpressdruckes	387
8	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	384
9	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	383
10	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	371
11	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	317
12	1-266.3	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)	171
13	8-835.30	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	107
14	8-835.20	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	102
15	1-265.7	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei nicht anhaltenden Kammertachykardien und/oder ventrikulären Extrasystolen	97
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	80
17	1-265.f	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflattern	75

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
18	8-835.34	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	68
19	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	66
20	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	46
21	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	45
22	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	42
23	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	38
24	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	37
25	1-265.6	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit breitem QRS-Komplex	36
26	5-377.d	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	28
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	27
28	8-900	Intravenöse Anästhesie	26
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	24
30	8-835.23	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	23

**B-[0100-GU\_INN\_III].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	1794
2	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	1207
3	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	715
4	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	679
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	527
6	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	422
7	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	383
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	318
9	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	237
10	1-268	Kardiales Mapping	121
11	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	117
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	80
13	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	78
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	64
15	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	42
16	8-900	Intravenöse Anästhesie	26
17	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	21
18	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	14
19	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	13
20	8-902	Balancierte Anästhesie	12
21	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	9
22	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	9
23	8-020	Therapeutische Injektion	8
24	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	7
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	7
26	8-701	Einfache endotracheale Intubation	6
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	6
28	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	5
29	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	5
30	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	5

**B-[0100-GU\_INN\_III].7.2 Kompetenzprozeduren**

**B-[0100-GU\_INN\_III].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>rhythmologische Spezialsprechstunde</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>telemedizinische Nachsorge von Ereignisrekordern, Schrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren, CRT-Geräten</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Telemedizin-Sprechstunde</i>
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Schrittmacher-/ Defibrillator-Nachsorgen bei Problemfällen (keine Routinekontrolle)</i>
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Schrittmacher-/ Defibrillator-Nachsorgen</i>
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators</i>
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>7-Tage LZ-EKG</i>
9	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>12-Kanal-LZ-EKG</i>
10	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer</i>
11	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)</i>

**B-[0100-GU\_INN\_III].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch	VI00 - („Sonstiges“)
2	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch	VI34 - Elektrophysiologie

**B-[0100-GU\_INN\_III].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100-GU\_INN\_III].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0100-GU\_INN\_III].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0100-GU\_INN\_III].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der  
Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[0100-GU\_INN\_III].11 Personelle Ausstattung****B-[0100-GU\_INN\_III].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>				
Gesamt		5,85	Fälle je VK/Person	157,777786
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,85	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,85
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		3,84	Fälle je VK/Person	240,3646
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,84	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,84

**B-[0100-GU\_INN\_III].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

**B-[0100-GU\_INN\_III].11.1.2 Zusatzweiterbildung****B-[0100-GU\_INN\_III].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0
Die Versorgung der Patienten erfolgt durch das Pflegepersonal der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin, eine Splittung ist daher nicht möglich.	

**B-[0100-GU\_INN\_III].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte  
Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[0100-GU\_INN\_III].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement

**B-[0100-GU\_INN\_III].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in  
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[0102-GU\_GERI] Klinik für Geriatrie

### B-[0102-GU\_GERI].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

#### B-[0102-GU\_GERI].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0102 - Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

#### B-[0102-GU\_GERI].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Renate Linder (M. sc.)
Telefon	03843 342757
Fax	03843 343282757
E-Mail	r.linder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### B-[0102-GU\_GERI].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

#### B-[0102-GU\_GERI].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

#### B-[0102-GU\_GERI].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	267
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[0102-GU\_GERI].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	13
2	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	11
3	S32.5	Fraktur des Os pubis	11
4	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	10
5	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	9
6	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	8
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	7
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	6
9	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	6
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	6
11	E86	Volumenmangel	6
12	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
13	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	5
14	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	4
15	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	4
16	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	4
17	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	4
18	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	4
19	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	4
20	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	4
21	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
22	R55	Synkope und Kollaps	< 4
23	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
24	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	< 4
25	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
26	S32.1	Fraktur des Os sacrum	< 4
27	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	< 4
28	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
29	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
30	M54.5	Kreuzschmerz	< 4



**B-[0102-GU\_GERI].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	42
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	23
3	I50	Herzinsuffizienz	19
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	15
5	I63	Hirninfrakt	13
6	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	11
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11
8	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	9
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	7
10	E86	Volumenmangel	6
11	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	6
12	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	5
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	5
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5
15	I26	Lungenembolie	5
16	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	5
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	4
18	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	4
19	M47	Spondylose	4
20	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
21	I11	Hypertensive Herzkrankheit	< 4
22	R55	Synkope und Kollaps	< 4
23	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
24	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
25	M54	Rückenschmerzen	< 4
26	S12	Fraktur im Bereich des Halses	< 4
27	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
30	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	< 4

**B-[0102-GU\_GERI].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[0102-GU\_GERI].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	224
2	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	28
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	28
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	27

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	18
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	17
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	17
8	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	13
9	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	12
10	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	10
11	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	9
12	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	8
13	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	7
14	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	6
15	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	6
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
17	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	4
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
19	1-790	Polysomnographie	< 4
20	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	< 4
21	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	< 4
22	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	< 4
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
24	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	< 4
25	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
26	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	< 4
27	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	< 4
28	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	< 4
29	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	< 4
30	8-201.g	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	< 4

**B-[0102-GU\_GERI].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	254
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	67
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	28
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	24
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	18
6	8-854	Hämodialyse	13
7	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	13
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	8
9	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	7
10	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	6
11	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	6
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
14	8-190	Spezielle Verbandstechniken	4
15	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
16	1-790	Polysomnographie	< 4
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
18	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
19	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 4
20	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
21	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
23	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	< 4
24	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	< 4
25	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
26	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
27	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
28	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes	< 4
29	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
30	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4

**B-[0102-GU\_GERI].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[0102-GU\_GERI].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[0102-GU\_GERI].11 Personelle Ausstattung

### B-[0102-GU\_GERI].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,41	Fälle je VK/Person	110,788383
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,41	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,41
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		2	Fälle je VK/Person	133,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

#### B-[0102-GU\_GERI].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen  
1 AQ23 - Innere Medizin

#### B-[0102-GU\_GERI].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung  
1 ZF09 - Geriatrie

### B-[0102-GU\_GERI].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,16	Fälle je VK/Person	37,2905
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	7,16	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	7,16

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,51	Fälle je VK/Person	106,3745
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,51	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,51

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,52	Fälle je VK/Person	105,952377
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,52

#### B-[0102-GU\_GERI].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss  
1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches  
2 PQ20 - Praxisanleitung  
3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[0102-GU\_GERI].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

1 ZP07 - Geriatrie

### **B-[0102-GU\_GERI].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[1000-GU\_KJM] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

### B-[1000-GU\_KJM].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

#### B-[1000-GU\_KJM].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1000 - Pädiatrie

### B-[1000-GU\_KJM].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Heiko Fließ
Telefon	03843 342202
Fax	03843 343440
E-Mail	<a href="mailto:h.fliss@kmg-kliniken.de">h.fliss@kmg-kliniken.de</a>
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[1000-GU\_KJM].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[1000-GU\_KJM].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

### # Medizinische Leistungsangebote

- 1 VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
- 2 VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 3 VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 4 VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- 5 VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
- 6 VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
- 7 VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
- 8 VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
- 9 VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
- 10 VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
- 11 VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 12 VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
- 13 VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
- 14 VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
- 15 VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
- 16 VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
- 17 VK25 - Neugeborenencreening
- 18 VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
- 19 VK23 - Versorgung von Mehrlingen
- 20 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 21 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 22 VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

*Basisbehandlung*

## B-[1000-GU\_KJM].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1485
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1000-GU\_KJM].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	151
2	Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	67
3	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	61
4	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	51
5	B34.0	Infektion durch Adenoviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	42
6	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	39
7	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	38
8	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	35
9	A08.2	Enteritis durch Adenoviren	35
10	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	25
11	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	24
12	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	24
13	J38.5	Laryngospasmus	24
14	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	23
15	J05.0	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp]	23
16	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	22
17	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	20
18	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	19
19	R55	Synkope und Kollaps	17
20	B34.1	Infektion durch Enteroviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	17
21	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	15
22	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	15
23	J35.0	Chronische Tonsillitis	15
24	J10.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen	14
25	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	14
26	A08.0	Enteritis durch Rotaviren	14
27	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	13
28	J46	Status asthmaticus	12
29	R11	Übelkeit und Erbrechen	12
30	S52.4	Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert	12



**B-[1000-GU\_KJM].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	152
2	J20	Akute Bronchitis	89
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	88
4	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	69
5	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	68
6	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	68
7	S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	64
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	59
9	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	46
10	K35	Akute Appendizitis	30
11	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	28
12	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	26
13	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	24
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	23
15	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	23
16	S52	Fraktur des Unterarmes	23
17	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	22
18	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	22
19	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	19
20	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	19
21	J03	Akute Tonsillitis	18
22	R55	Synkope und Kollaps	17
23	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	15
24	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	15
25	K29	Gastritis und Duodenitis	15
26	B27	Infektiöse Mononukleose	14
27	R11	Übelkeit und Erbrechen	12
28	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	12
29	J46	Status asthmaticus	12
30	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	11

**B-[1000-GU\_KJM].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[1000-GU\_KJM].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	856
2	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	158
3	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	156
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	144
5	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	64
6	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	58
7	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	55
8	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	49
9	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	31
10	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	31
11	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	30
12	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	21
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	19
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	18
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	18
16	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	18
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	15
18	8-015.0	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung: Über eine Sonde	14
19	8-121	Darmspülung	13
20	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	12
21	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	12
22	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	11
23	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	11
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	10
25	8-902	Balancierte Anästhesie	10
26	8-900	Intravenöse Anästhesie	10
27	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiumschaft	9
28	8-711.40	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebenstag)	9

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-790.16	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	8
30	1-931.0	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik: Ohne Resistenzbestimmung	8

### B-[1000-GU\_KJM].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	856
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	180
3	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	160
4	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	156
5	5-200	Parazentese [Myringotomie]	89
6	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	71
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	71
8	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	55
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	53
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	37
11	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	37
12	5-470	Appendektomie	31
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	25
14	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	19
15	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	17
16	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	14
17	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	14
18	8-121	Darmspülung	13
19	8-560	Lichttherapie	12
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	11
21	8-902	Balancierte Anästhesie	10
22	8-900	Intravenöse Anästhesie	10
23	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	9
24	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	8
25	5-259	Andere Operationen an der Zunge	8
26	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	7
27	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	7
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	6
29	6-004	Applikation von Medikamenten, Liste 4	5
30	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	5

## B-[1000-GU\_KJM].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[1000-GU\_KJM].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Hr. Fliß
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

### B-[1000-GU\_KJM].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VK00 - („Sonstiges“)
2	AM11	VX00 - („Sonstiges“)
3	Chefarztambulanz Hr. Fliß	VK00 - („Sonstiges“)
4	Medizinische Notaufnahme	VK00 - („Sonstiges“)
5	Medizinische Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

### B-[1000-GU\_KJM].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[1000-GU\_KJM].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[1000-GU\_KJM].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[1000-GU\_KJM].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

## B-[1000-GU\_KJM].11 Personelle Ausstattung

### B-[1000-GU\_KJM].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,3	Fälle je VK/Person	235,714279
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	6,3
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		2,25	Fälle je VK/Person	660
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,25	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,25

### B-[1000-GU\_KJM].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
2	AQ09 - Kinderchirurgie

## B-[1000-GU\_KJM].11.1.2 Zusatzweiterbildung

**B-[1000-GU\_KJM].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		3,23	Fälle je VK/Person	459,752319
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,23	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,23

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		16,68	Fälle je VK/Person	89,02878
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	16,68	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	16,68

## B-[1000-GU\_KJM].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

## B-[1000-GU\_KJM].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

**B-[1000-GU\_KJM].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[1500-GU\_CH\_ALL] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

### B-[1500-GU\_CH\_ALL].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

#### B-[1500-GU\_CH\_ALL].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

#### B-[1500-GU\_CH\_ALL].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Prinz
Telefon	03843 342009
Fax	03843 343468
E-Mail	c.prinz@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[1500-GU\_CH\_ALL].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[1500-GU\_CH\_ALL].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC60 - Adipositaschirurgie
- 2 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 3 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 4 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 5 VC61 - Dialyseshuntchirurgie
- 6 VC21 - Endokrine Chirurgie
- 7 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 8 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 9 VC11 - Lungenchirurgie
- 10 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 11 VC68 - Mammachirurgie
- 12 VC59 - Mediastinoskopie
- 13 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 14 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 15 VC71 - Notfallmedizin
- 16 VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
- 17 VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
- 18 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
- 19 VC62 - Portimplantation
- 20 VC58 - Spezialsprechstunde
- 21 VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
- 22 VC24 - Tumorchirurgie
- 23 VC00 - („Sonstiges“): konventionelle und minimal-invasive Hernienchirurgie
- 24 VC63 - Amputationschirurgie
- 25 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 26 VC00 - („Sonstiges“): Sonstige med. Leistungsangebote
- 27 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 28 VC44 - Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
- 29 VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
- 30 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 31 VD20 - Wundheilungsstörungen

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1175
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	101
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	74
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	73
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	37
5	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	36
6	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	24
9	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	23
10	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	20
11	K81.1	Chronische Cholezystitis	20
12	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	18
13	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	17
14	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	17
15	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	16
16	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	15
17	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	14
18	K61.0	Analabszess	14
19	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	14
20	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	13
21	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	13
22	K81.0	Akute Cholezystitis	13
23	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	12
24	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	12
25	K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	12
26	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	11
27	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	11
28	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	11
29	L72.1	Trichilemmalzyste	10
30	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	10



**B-[1500-GU\_CH\_ALL].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	188
2	K80	Cholelithiasis	126
3	K40	Hernia inguinalis	89
4	K35	Akute Appendizitis	46
5	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	43
6	K43	Hernia ventralis	42
7	K57	Divertikulose des Darmes	40
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	39
9	K81	Cholezystitis	33
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	29
11	E04	Sonstige nichttoxische Struma	27
12	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	25
13	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	21
15	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	18
16	K42	Hernia umbilicalis	17
17	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	16
18	L05	Pilonidalzyste	14
19	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	13
20	I83	Varizen der unteren Extremitäten	13
21	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	11
22	C16	Bösartige Neubildung des Magens	11
23	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10
24	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	10
25	L03	Phlegmone	9
26	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	9
27	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	8
28	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
29	N18	Chronische Nierenkrankheit	8
30	C17	Bösartige Neubildung des Dünndarmes	7

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[1500-GU\_CH\_ALL].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	342
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	172
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	165
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	149

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	3-608	Superselektive Arteriographie	148
6	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	140
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	128
8	3-13c.3	Cholangiographie: Durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie	107
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	103
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	101
11	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	83
12	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	78
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	74
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	66
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	65
16	1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt	63
17	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	59
18	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	59
19	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	56
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	56
21	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	50
22	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	48
23	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	43
24	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	43
25	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	41
26	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	40
27	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	39
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	38
29	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	37
30	5-932.12	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm <sup>2</sup> bis unter 100 cm <sup>2</sup>	37

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	342
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	321
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	276
4	5-511	Cholezystektomie	185
5	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	183
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	178
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	172
8	3-608	Superselektive Arteriographie	148
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	141
10	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	140
11	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	128
12	3-13c	Cholangiographie	108
13	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	103
14	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	88
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	82
16	5-469	Andere Operationen am Darm	77
17	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	71
18	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	66
19	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	65
20	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	65
21	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	63
22	5-381	Endarteriektomie	60
23	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	59
24	8-190	Spezielle Verbandstechniken	47
25	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	46
26	5-470	Appendektomie	44
27	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	41
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	38
29	5-916	Temporäre Weichteildeckung	38
30	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	36

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].7.2 Kompetenzprozeduren**

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr CA Dr. Christoph Prinz <i>konsiliarärztliche Leistungen auf dem Gebiet der Onkologie auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie, niedergelassenen Gastroenterologen und Pneumologen und onkologischen Schwerpunktpraxen</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk <i>Durchführung konsiliarischer Gefäßchirurgischer Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten, Behandlung von Niereninsuffizienzen, Patienten mit einer AV-Shunt-Problematik auf Überweisung von niedergelassenen Nephrologen und zur Dialyse ermächtigten Ärzten und Einrichtungen</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk <i>Versorgung sekundär heilender Wunden mittels Vakuumtherapie sowie um die konsiliarische Vorstellung zur duplexsonographischen Diagnostik</i>
4	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Prinz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Prinz	VC00 - („Sonstiges“): Allgemeinchirurgie
2	Ermächtigungsprechstunde Herr CA Dr. Christoph Prinz	VX00 - („Sonstiges“): Onkologische Sprechstunde
3	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“): Koloproktologie und Beckenbodenchirurgie
5	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“): Hernien Sprechstunde

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	85
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	31
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	8
4	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	5
5	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
6	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	< 4
7	1-586.6	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	< 4
8	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	124
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	5
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
4	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	< 4
5	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
6	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4

**B-[1500-GU\_CH\_ALL].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## B-[1500-GU\_CH\_ALL].11 Personelle Ausstattung

### B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,09	Fälle je VK/Person	155,423279
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,09	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,53	<b>Stationär</b>	7,56
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		6,21	Fälle je VK/Person	206,8662
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,21	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,53	<b>Stationär</b>	5,68

#### B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
  - 2 AQ07 - Gefäßchirurgie
  - 3 AQ12 - Thoraxchirurgie
  - 4 AQ13 - Viszeralchirurgie

#### B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
  - 2 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

### B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		13,73	Fälle je VK/Person	85,57903
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,73	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	13,73

#### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		1,6	Fälle je VK/Person	734,375
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,6

#### Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,18	Fälle je VK/Person	6527,77734
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,18	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,18

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	4196,42871
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,28	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,28

### **B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

### **B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP15 - Stomamanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement

### **B-[1500-GU\_CH\_ALL].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[1500-GU\_SCHMERZ] Schmerztherapie

### B-[1500-GU\_SCHMERZ].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Schmerztherapie

Die Fachabteilung Schmerztherapie ist der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angegliedert. Die medikamentöse und katheterbasierte Schmerztherapie erfolgt u. a. auch auf den Normalstationen.

#### B-[1500-GU\_SCHMERZ].1.1 Fachabteilungsschlüssel

# Fachabteilungsschlüssel

1 1500 - Allgemeine Chirurgie

#### B-[1500-GU\_SCHMERZ].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Toralf Noky
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	t.noky@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[1500-GU\_SCHMERZ].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen



## B-[1500-GU\_SCHMERZ].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 - Schmerztherapie <i>Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz</i>
2	VN23 - Schmerztherapie <i>Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz</i>
3	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
4	VU18 - Schmerztherapie <i>Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz</i>
5	VX00 - („Sonstiges“): geburtshilfliche PDA <i>Patientenkontrollierte epidurale Schmerztherapie (Schmerzpumpe)</i>

## B-[1500-GU\_SCHMERZ].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	70
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[1500-GU\_SCHMERZ].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.5	Kreuzschmerz	18
2	M54.4	Lumboischialgie	13
3	M54.87	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich	< 4
4	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
5	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	< 4
6	R51	Kopfschmerz	< 4
7	M54.2	Zervikalneuralgie	< 4
8	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	< 4
9	M79.61	Schmerzen in den Extremitäten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
10	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	< 4
11	M79.18	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
12	M19.11	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
13	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	< 4
14	M54.85	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakolumbalbereich	< 4
15	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	< 4
16	M54.12	Radikulopathie: Zervikalbereich	< 4
17	M53.3	Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
19	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4
20	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	< 4
21	M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
22	M79.65	Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
23	G43.8	Sonstige Migräne	< 4
24	M19.15	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
25	M47.87	Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich	< 4
26	M54.83	Sonstige Rückenschmerzen: Zervikothorakalbereich	< 4
27	M79.67	Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4

### B-[1500-GU\_SCHMERZ].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	46
2	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	6
3	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	4
4	R51	Kopfschmerz	< 4
5	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
6	G62	Sonstige Polyneuropathien	< 4
7	M19	Sonstige Arthrose	< 4
8	M47	Spondylose	< 4
9	G43	Migräne	< 4
10	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

### B-[1500-GU\_SCHMERZ].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[1500-GU\_SCHMERZ].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	70
2	8-918.13	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	32
3	8-918.11	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	13
4	8-918.12	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	11
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	10
6	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	8
7	8-918.00	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Bis zu 20 Therapieeinheiten	7
8	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	4
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	4
10	8-916.10	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	< 4
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
12	1-790	Polysomnographie	< 4
13	3-05x	Andere Endosonographie	< 4
14	8-916.00	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	< 4
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
18	8-918.01	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	< 4
19	8-918.10	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten	< 4
20	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4
21	8-916.01	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am thorakalen Grenzstrang	< 4
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	< 4
23	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	< 4
24	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
25	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4

**B-[1500-GU\_SCHMERZ].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	70
2	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	65
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	27
4	8-916	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie	6
5	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	4
6	1-790	Polysomnographie	< 4
7	3-05x	Andere Endosonographie	< 4
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	< 4
9	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	< 4
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
11	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
14	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4

**B-[1500-GU\_SCHMERZ].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[1500-GU\_SCHMERZ].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[1500-GU\_SCHMERZ].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[1500-GU\_SCHMERZ].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-GU\_SCHMERZ].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[1500-GU\_SCHMERZ].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[1500-GU\_SCHMERZ].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

## **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11 Personelle Ausstattung**

### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

# Facharztbezeichnungen

1 AQ01 - Anästhesiologie

#### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

# Zusatz-Weiterbildung

1 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.2 Pflegepersonal**

Die Abteilung Schmerz ist der Fachabteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angegliedert. Das Personal wird daher nicht separat aufgeführt.

#### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

#### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

1 ZP14 - Schmerzmanagement

1

*z. B. Pflegeexperte, Schmerzmanagement, Pain Nurse*

### **B-[1500-GU\_SCHMERZ].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[2200-GU\_UR] Klinik für Urologie

### B-[2200-GU\_UR].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

#### B-[2200-GU\_UR].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

### B-[2200-GU\_UR].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mahmoud Sayyad
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	m.sayyad@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2200-GU\_UR].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[2200-GU\_UR].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- 2 VU00 - („Sonstiges“): Robotikchirurgie
- 3 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 4 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
- 5 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
- 6 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 7 VU08 - Kinderurologie
- 8 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 9 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 10 VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
- 11 VU18 - Schmerztherapie
- 12 VU14 - Spezialsprechstunde
- 13 VU13 - Tumorchirurgie
- 14 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
- 15 VG16 - Urogynäkologie
- 16 VU00 - („Sonstiges“): Urologische Prothetik
- 17 VU00 - („Sonstiges“): stationäre medikamentöse Tumorthherapie (Uro-Onkologie)
- 18 VU00 - („Sonstiges“): Ambulante medikamentöse Tumorthherapie (Uro-Onkologie)

## **B-[2200-GU\_UR].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1334
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2200-GU\_UR].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	159
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	117
3	D09.0	Carcinoma in situ: Harnblase	100
4	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	81
5	N20.1	Ureterstein	76
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	63
7	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	61
8	N20.0	Nierenstein	52
9	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	51
10	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	47
11	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	42
12	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	27
13	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	22
14	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	21
15	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	17
16	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	15
17	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	15
18	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	14
19	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	14
20	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	13
21	D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Harnblase	11
22	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	10
23	R33	Harnverhaltung	9
24	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	9
25	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	9
26	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	9
27	N13.61	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere	9
28	N32.0	Blasenhalsobstruktion	9
29	D30.0	Gutartige Neubildung: Niere	9
30	N13.20	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein	9



**B-[2200-GU\_UR].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	230
2	N40	Prostatahyperplasie	159
3	N20	Nieren- und Ureterstein	142
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	117
5	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	104
6	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	74
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	70
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	47
9	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	42
10	N45	Orchitis und Epididymitis	32
11	N30	Zystitis	31
12	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	30
13	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	28
14	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	24
15	N35	Harnröhrenstriktur	17
16	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	16
17	N43	Hydrozele und Spermatozele	12
18	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	10
19	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	9
20	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	9
21	R33	Harnverhaltung	9
22	N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	8
23	I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	7
24	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
25	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	6
26	N17	Akutes Nierenversagen	6
27	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	5
28	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	4
29	N21	Stein in den unteren Harnwegen	4
30	D40	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der männlichen Genitalorgane	4

**B-[2200-GU\_UR].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[2200-GU\_UR].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	534
2	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	283
3	3-13d.5	Urographie: Retrograd	221
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	207
5	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	182
6	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	158
7	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	153
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	139
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	113
10	3-13f	Zystographie	99
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	94
12	5-573.20	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Nicht fluoreszenzgestützt	82
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	79
14	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	74
15	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	68
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	61
17	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	53
18	5-98b.0	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Einmal-Ureterorenoskop	44
19	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	40
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	40
21	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	39
22	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	38
23	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	36
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	36
25	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	29
26	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	29
27	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	28
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	28
29	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	27

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-550.31	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	26

### B-[2200-GU\_UR].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	534
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	308
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	307
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	294
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	242
6	3-13d	Urographie	233
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	207
8	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	192
9	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	139
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	113
11	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	110
12	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	101
13	3-13f	Zystographie	99
14	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	78
15	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	74
16	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	64
17	5-985	Lasertechnik	48
18	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	46
19	5-572	Zystostomie	36
20	5-554	Nephrektomie	30
21	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	29
22	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	27
23	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	27
24	5-622	Orchidektomie	25
25	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	22
26	5-553	Partielle Resektion der Niere	22
27	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	19
28	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	17
29	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	17
30	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	14

## B-[2200-GU\_UR].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[2200-GU\_UR].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz Urologie <i>Durchführung ambulanter Chemotherapien bei uro-onkologisch erkrankten Patienten sowie zur Behandlung von urologischen Problemfällen</i>
1		
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Sayyad
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

### B-[2200-GU\_UR].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Sayyad	VU00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz Urologie	VU00 - („Sonstiges“): Robotische Urologie
3	Medizinisches Zentrum	VU00 - („Sonstiges“)
4	Medizinische Notaufnahme	VU00 - („Sonstiges“)

### B-[2200-GU\_UR].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[2200-GU\_UR].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	71
2	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	34
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	21
4	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	20
5	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	19
6	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	18
7	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	15
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	13
9	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	9
10	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	7
11	5-611	Operation einer Hydrocele testis	6
12	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	5
13	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	4
14	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	< 4
15	5-582.1	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Resektion, transurethral	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
16	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	< 4
17	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	< 4
18	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	< 4
19	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
20	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
21	8-137.22	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Über ein Stoma	< 4
22	5-631.0	Exzision im Bereich der Epididymis: Zyste	< 4
23	5-630.4	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, laparoskopisch	< 4
24	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	< 4
25	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
26	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
27	5-581.1	Plastische Meatotomie der Urethra: Meatusplastik	< 4
28	5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	< 4
29	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	< 4
30	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4

### B-[2200-GU\_UR].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	99
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	81
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	34
4	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	33
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	6
6	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
7	5-624	Orchidopexie	< 4
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
9	5-572	Zystostomie	< 4
10	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
11	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	< 4
12	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	< 4
13	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	< 4
14	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
15	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
16	5-622	Orchidektomie	< 4

## B-[2200-GU\_UR].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

## B-[2200-GU\_UR].11 Personelle Ausstattung

### B-[2200-GU\_UR].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,1	Fälle je VK/Person	226,101685
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,2	<b>Stationär</b>	5,9
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		4	Fälle je VK/Person	351,052643
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,2	<b>Stationär</b>	3,8

### B-[2200-GU\_UR].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

# Facharztbezeichnungen

1 AQ60 - Urologie

### B-[2200-GU\_UR].11.1.2 Zusatzweiterbildung

# Zusatz-Weiterbildung

1 ZF04 - Andrologie

2 ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

## B-[2200-GU\_UR].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,48	Fälle je VK/Person	205,8642
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,48	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	6,48

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	7847,05859
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,17

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	7847,05859
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,17	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,17

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,16	Fälle je VK/Person	8337,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,16	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,16

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,82	Fälle je VK/Person	1626,82922
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,82	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,82

### B-[2200-GU\_UR].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[2200-GU\_UR].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement

## B-[2200-GU\_UR].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[2316-GU\_CH\_U] Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

### B-[2316-GU\_CH\_U].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

#### B-[2316-GU\_CH\_U].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

#### B-[2316-GU\_CH\_U].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Wittig
Telefon	03843 342001
Fax	03843 343468
E-Mail	<a href="mailto:o.wittig@kmg-kliniken.de">o.wittig@kmg-kliniken.de</a>
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### B-[2316-GU\_CH\_U].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---



## B-[2316-GU\_CH\_U].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC63 - Amputationschirurgie
  - 2 VC66 - Arthroskopische Operationen
  - 3 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
  - 4 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
  - 5 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
  - 6 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
  - 7 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
  - 8 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
  - 9 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
  - 10 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
  - 11 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
  - 12 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
  - 13 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
  - 14 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
  - 15 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
  - 16 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
  - 17 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
  - 18 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
  - 19 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
  - 20 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
  - 21 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
  - 22 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
  - 23 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
  - 24 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
  - 25 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
  - 26 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
  - 27 VO16 - Handchirurgie
  - 28 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
  - 29 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
  - 30 VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
  - 31 VC30 - Septische Knochenchirurgie
  - 32 VO13 - Spezialsprechstunde
  - 33 VO21 - Traumatologie
  - 34 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
  - 35 VO14 - Endoprothetik
  - 36 VO19 - Schulterchirurgie

## B-[2316-GU\_CH\_U].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1527
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Fallzahl D-Arzt-Ambulanz: 1302

**B-[2316-GU\_CH\_U].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	137
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	106
3	S06.0	Gehirnerschütterung	104
4	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	51
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	40
6	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	36
7	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	34
8	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	32
9	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	28
10	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	25
11	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	22
12	M54.5	Kreuzschmerz	20
13	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	20
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	19
15	M54.4	Lumboischialgie	17
16	S86.0	Verletzung der Achillessehne	15
17	S82.82	Trimalleolarfraktur	15
18	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	15
19	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	14
20	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	14
21	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	14
22	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	13
23	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	13
24	S32.1	Fraktur des Os sacrum	13
25	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	13
26	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	12
27	M20.1	Hallux valgus (erworben)	12
28	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	12
29	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	12
30	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	11

**B-[2316-GU\_CH\_U].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	167
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	163
3	S06	Intrakranielle Verletzung	121
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	89
5	S52	Fraktur des Unterarmes	72
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	71
7	S72	Fraktur des Femurs	64
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	58
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	58
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	56
11	M48	Sonstige Spondylopathien	54
12	M54	Rückenschmerzen	48
13	M75	Schulterläsionen	43
14	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	41
15	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	23
16	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	20
17	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	16
18	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	16
19	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	15
20	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	15
21	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	14
22	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	14
23	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	14
24	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	14
25	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	12
26	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	11
27	M19	Sonstige Arthrose	11
28	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	10
29	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
30	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	10

**B-[2316-GU\_CH\_U].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[2316-GU\_CH\_U].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	447
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	374
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	206
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	200
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	158
6	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	140
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	112
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	96
9	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	77
10	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	62
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	60
12	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	57
13	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	56
14	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	51
15	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	46
16	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	43
17	5-805.a	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat	40
18	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	40
19	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	40
20	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	39
21	5-83w.20	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten oder Zielinstrumentarium	37
22	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	34
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	32
24	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilyementiert)	32
25	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	31

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	30
27	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	29
28	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	29
29	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	27
30	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	26

### B-[2316-GU\_CH\_U].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	447
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	410
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	374
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	217
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	206
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	200
7	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	162
8	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	136
9	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	125
10	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	124
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	123
12	5-984	Mikrochirurgische Technik	112
13	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
14	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	77
15	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	71
16	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	61
17	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	61
18	5-83w	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule	60
19	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	54
20	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	52
21	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	51
22	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	42
23	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	42
24	5-836	Spondylodese	40
25	5-783	Entnahme eines Knochen transplantates	33

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	32
27	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	30
28	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide	27
29	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	25
30	5-786	Osteosyntheseverfahren	25

## B-[2316-GU\_CH\_U].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[2316-GU\_CH\_U].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Sprechstunde
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Unfallchirurgische Ambulanz <i>Diagnostik und Therapie von Knie-, Schulter- und Sprunggelenkerkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Chirurgen und Orthopäden</i>
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungssprechstunde PD Dr. Henker <i>Durchführung einer konsiliarärztlichen Problemsprechstunde der Wirbelsäule</i>
3	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

### B-[2316-GU\_CH\_U].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig	VO00 - („Sonstiges“)
2	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig	VO14 - Endoprothetik
3	D-Arzt Sprechstunde	VC00 - („Sonstiges“)
4	D-Arzt Sprechstunde	VX00 - („Sonstiges“)
5	Medizinische Notaufnahme	VC00 - („Sonstiges“)
6	Medizinische Notaufnahme	VO00 - („Sonstiges“)
7	Medizinisches Zentrum	VO00 - („Sonstiges“)
8	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“)
9	Medizinisches Zentrum	VO14 - Endoprothetik
10	Unfallchirurgische Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)

### B-[2316-GU\_CH\_U].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

**B-[2316-GU\_CH\_U].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	10
2	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	7
3	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	7
4	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	4
5	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	4
6	5-787.gv	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metatarsale	< 4
7	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
8	5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	< 4
9	5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	< 4
10	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
11	5-796.2b	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	< 4
12	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
13	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	< 4
14	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	< 4
15	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
16	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	< 4
17	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
18	5-787.1j	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Patella	< 4
19	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
20	5-787.67	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Ulna proximal	< 4
21	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
22	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	< 4
23	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
24	5-057.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Arm	< 4
25	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
26	5-787.13	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus distal	< 4
27	5-787.11	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus proximal	< 4
28	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	< 4
29	5-787.1a	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Karpale	< 4
30	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4

**B-[2316-GU\_CH\_U].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	59
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	28
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	6
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	5
5	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	4
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
7	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
8	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
9	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
10	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
11	5-809	Andere Gelenkoperationen	< 4
12	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
13	5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	< 4
14	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
15	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4

**B-[2316-GU\_CH\_U].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

**B-[2316-GU\_CH\_U].11 Personelle Ausstattung****B-[2316-GU\_CH\_U].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	14,53	Fälle je VK/Person	107,991508
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,5	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,39	<b>Stationär</b>
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt	8,55	Fälle je VK/Person	187,132355
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	7,52	<b>Ohne</b>
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,39	<b>Stationär</b>

**B-[2316-GU\_CH\_U].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie



**B-[2316-GU\_CH\_U].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
- 2 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
- 3 ZF12 - Handchirurgie

**B-[2316-GU\_CH\_U].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		12,53	Fälle je VK/Person	121,867523
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	12,53	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	12,53

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt		1,99	Fälle je VK/Person	767,3367
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,99	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,99

**B-[2316-GU\_CH\_U].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[2316-GU\_CH\_U].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP19 - Sturzmanagement

**B-[2316-GU\_CH\_U].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[2400-GU\_GYN\_GEB] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

### B-[2400-GU\_GYN\_GEB].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

#### B-[2400-GU\_GYN\_GEB].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-[2400-GU\_GYN\_GEB].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Kattner
Telefon	03843 341201
Fax	03843 343281201
E-Mail	v.kattner@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2400-GU\_GYN\_GEB].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[2400-GU\_GYN\_GEB].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VG19 - Ambulante Entbindung
- 2 VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
- 3 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 4 VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
- 5 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 6 VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
- 7 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 8 VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 9 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
- 10 VG05 - Endoskopische Operationen
- 11 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
- 12 VG06 - Gynäkologische Chirurgie
- 13 VG07 - Inkontinenzchirurgie
- 14 VG15 - Spezialsprechstunde
- 15 VG16 - Urogynäkologie

## **B-[2400-GU\_GYN\_GEB].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1665
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	528
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	416
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	64
4	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	45
5	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	28
6	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	26
7	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	22
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	20
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	20
10	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	19
11	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	17
12	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	16
13	N81.1	Zystozele	16
14	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	12
15	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	12
16	N84.0	Polyp des Corpus uteri	11
17	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	11
18	O26.81	Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	10
19	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	10
20	O00.1	Tubargravidität	10
21	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	9
22	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	9
23	N95.0	Postmenopausenblutung	8
24	O66.2	Geburtshindernis durch ungewöhnlich großen Fetus	8
25	D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Ovar	8
26	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	7
27	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	7
28	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	7
29	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	6
30	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	6

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	532
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	416
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	64
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	60
5	N81	Genitalprolaps bei der Frau	50
6	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	42
7	O62	Abnorme Wehentätigkeit	29
8	D25	Leiomyom des Uterus	25
9	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	23
10	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	22
11	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	21
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	20
13	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	19
14	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	17
15	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	16
16	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	15
17	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	14
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	14
19	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	12
20	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	12
21	O00	Extrauterinravidität	11
22	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	11
23	O14	Präeklampsie	10
24	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	9
25	O66	Sonstiges Geburtshindernis	9
26	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	9
27	N95	Klimakterische Störungen	9
28	O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	8
29	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	7
30	O03	Spontanabort	7

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[2400-GU\_GYN\_GEB].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	482
2	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	358
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	254
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	186
5	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	180
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	177
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	175
8	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	122
9	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	105
10	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	94
11	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	91
12	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	80
13	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	73
14	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	67
15	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	51
16	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	44
17	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	43
18	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	42
19	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	39
20	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	37
21	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	34
22	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	33
23	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	27
24	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	27
25	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	27
26	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	24
27	8-515	Partus mit Manualhilfe	23
28	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	22
29	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	20
30	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	20

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	538
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	500
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	265
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	254
5	5-740	Klassische Sectio caesarea	196
6	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	186
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	177
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	175
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	83
10	5-749	Andere Sectio caesarea	81
11	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	73
12	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	73
13	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	67
14	5-728	Vakuumentbindung	58
15	5-738	Episiotomie und Naht	52
16	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	51
17	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	42
18	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	40
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	37
20	5-661	Salpingektomie	34
21	5-653	Salpingoovariektomie	33
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	31
23	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	29
24	5-259	Andere Operationen an der Zunge	27
25	8-515	Partus mit Manualhilfe	23
26	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	22
27	5-469	Andere Operationen am Darm	22
28	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	22
29	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	21
30	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	19

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].7.2 Kompetenzprozeduren**

## B-[2400-GU\_GYN\_GEB].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Herr Dr. Kattner
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

### B-[2400-GU\_GYN\_GEB].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Herr Dr. Kattner	VG00 - („Sonstiges“)
2	Medizinische Notaufnahme	VG00 - („Sonstiges“)
3	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Präoperative Sprechstunde Gynäkologie
4	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Präoperative Beckenbodensprechstunde
5	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Mamma-Sprechstunde

### B-[2400-GU\_GYN\_GEB].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)



**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	120
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	86
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	76
4	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	44
5	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	36
6	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	26
7	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	24
8	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	22
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
10	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	7
11	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	4
12	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
13	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	< 4
14	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	< 4
15	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
16	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
17	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
18	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
19	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	< 4
20	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	< 4
21	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	< 4
22	5-671.11	Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	< 4
23	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	< 4
24	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	< 4
25	5-663.52	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
26	5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
27	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
28	5-663.32	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	124
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	109
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	89
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	77
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	28
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	24
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	12
8	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	9
9	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	4
10	5-881	Inzision der Mamma	< 4
11	5-661	Salpingektomie	< 4
12	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
13	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
14	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
15	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**Stationäre BG-Zulassung Nein**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11 Personelle Ausstattung****B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.1 Ärzte und Ärztinnen**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt		6,5	Fälle je VK/Person	274,299835
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,5	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,43	<b>Stationär</b>	6,07
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		3,44	Fälle je VK/Person	553,1561
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,44	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,43	<b>Stationär</b>	3,01

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

# Facharztbezeichnungen  
1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		10,2	Fälle je VK/Person	163,2353
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,2

**Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1892,04541
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,88	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,88

**Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		8,75	Fälle je VK/Person	214,838715
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1	<b>Stationär</b>	7,75

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		0,78	Fälle je VK/Person	2134,61548
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,78	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,78

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
  - 2 PQ20 - Praxisanleitung
  - 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
  - 2 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

**B-[2400-GU\_GYN\_GEB].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[2600-GU\_HNO] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

### B-[2600-GU\_HNO].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

#### B-[2600-GU\_HNO].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

#### B-[2600-GU\_HNO].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Tino Just
Telefon	03843 342002
Fax	03843 343215
E-Mail	t.just@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2600-GU\_HNO].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[2600-GU\_HNO].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VH05 - Cochlearimplantation
  - 2 VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
  - 3 VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
  - 4 VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
  - 5 VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
  - 6 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
  - 7 VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
  - 8 VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
  - 9 VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
  - 10 VH26 - Laserchirurgie
  - 11 VH04 - Mittelohrchirurgie
  - 12 VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
  - 13 VH00 - („Sonstiges“): Traumatologie im HNO-Gebiet
  - 14 VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
  - 15 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
  - 16 VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
  - 17 VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
  - 18 VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
  - 19 VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
  - 20 VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
  - 21 VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
  - 22 VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
  - 23 VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen  
VH27 - Pädaudiologie
  - 24 *Eine Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie ist ausschließlich für die pädaudiologische Sprechstunde und CI-Versorgung von Kindern am Klinikum angestellt*
  - 25 VH25 - Schnarchoperationen
  - 26 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
  - 27 VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
  - 28 VH23 - Spezialsprechstunde
  - 29 VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
  - 30 VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
  - 31 VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

## B-[2600-GU\_HNO].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	979
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2600-GU\_HNO].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H81.2	Neuropathia vestibularis	104
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	73
3	R04.0	Epistaxis	39
4	J36	Peritonsillarabszess	31
5	J34.2	Nasenseptumdeviation	28
6	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	27
7	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	25
8	J06.0	Akute Laryngopharyngitis	22
9	J35.0	Chronische Tonsillitis	22
10	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	19
11	J38.4	Larynxödem	19
12	S02.2	Nasenbeinfraktur	15
13	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	15
14	K14.8	Sonstige Krankheiten der Zunge	15
15	H66.2	Chronische epitympanale Otitis media	14
16	C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	13
17	R42	Schwindel und Taumel	12
18	D37.0	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Lippe, Mundhöhle und Pharynx	12
19	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	11
20	K11.2	Sialadenitis	11
21	J39.2	Sonstige Krankheiten des Rachenraumes	11
22	H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet	10
23	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	10
24	J37.0	Chronische Laryngitis	10
25	C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet	9
26	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	9
27	J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	8
28	H69.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Tuba auditiva	8
29	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	8
30	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	7

**B-[2600-GU\_HNO].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H81	Störungen der Vestibularfunktion	138
2	J32	Chronische Sinusitis	97
3	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	48
4	R04	Blutung aus den Atemwegen	42
5	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	36
6	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	33
7	J36	Peritonsillarabszess	31
8	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	25
9	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22
10	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	22
11	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	19
12	H91	Sonstiger Hörverlust	19
13	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	18
14	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	17
15	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	15
16	K14	Krankheiten der Zunge	15
17	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	13
18	J03	Akute Tonsillitis	13
19	H90	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	13
20	H60	Otitis externa	13
21	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	12
22	R42	Schwindel und Taumel	12
23	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	12
24	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	11
25	J37	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	10
26	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
27	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	8
28	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	8
29	H69	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	8
30	Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	8

**B-[2600-GU\_HNO].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[2600-GU\_HNO].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Audiometrie	244
2	1-422.01	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Oropharynx: Tonsillen	169
3	1-422.2	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Nasopharynx	157
4	1-422.0x	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Oropharynx: Sonstige	155
5	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	155
6	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	146
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	130
8	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	106
9	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	80
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	77
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	69
12	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	67
13	1-611.0x	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Sonstige	62
14	1-422.1	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Hypopharynx	52
15	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	47
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	40
17	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	39
18	1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt	30
19	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	30
20	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	28
21	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	27
22	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	26
23	5-204.3	Rekonstruktion des Mittelohres: Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleneingangs	25
24	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	25
25	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	25
26	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	23
27	1-611.x	Diagnostische Pharyngoskopie: Sonstige	23
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	19
29	5-205.0	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: An der Paukenhöhle	18
30	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	18



**B-[2600-GU\_HNO].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	539
2	1-242	Audiometrie	244
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	184
4	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	179
5	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	159
6	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	155
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	130
8	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	126
9	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	84
10	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	80
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	77
12	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	72
13	5-209	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	41
14	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	39
15	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	38
16	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	37
17	1-421	Biopsie ohne Inzision am Larynx	28
18	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	28
19	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	27
20	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	27
21	5-200	Parazentese [Myringotomie]	25
22	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	25
23	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	21
24	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	21
25	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	20
26	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	20
27	5-316	Rekonstruktion der Trachea	19
28	1-420	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle	19
29	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	18
30	5-312	Permanente Tracheostomie	17

**B-[2600-GU\_HNO].7.2 Kompetenzprozeduren**

**B-[2600-GU\_HNO].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	HNO Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Prof. Dr. Just
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	HNO Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	HNO Ambulanz
4	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	- Allg. und Otologische Sprechstunde der HNO-Klinik - Tumorsprechstunde der HNO-Klinik - Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres (Resektion Ohrmuscheltumor) und plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel und Muschelverkleinerung

**B-[2600-GU\_HNO].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Prof. Dr. Just	VH00 - („Sonstiges“)
2	HNO Ambulanz	VH00 - („Sonstiges“)
3	HNO Ambulanz	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
4	HNO Ambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

**B-[2600-GU\_HNO].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2600-GU\_HNO].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	91
2	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	73
3	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	35
4	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	16
5	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	13
6	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	13
7	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	9
8	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	8
9	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	7
10	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	6
11	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	6
12	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	4
13	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	< 4
14	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	< 4
15	5-852.a0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Kopf und Hals	< 4
16	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	< 4
17	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-850.00	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Kopf und Hals	< 4
19	5-850.00	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Kopf und Hals	< 4
20	5-216.0	Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	< 4
21	5-273.5	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Lippe	< 4
22	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
23	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	< 4
24	5-902.24	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
25	5-903.15	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Hals	< 4
26	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	< 4
27	5-185.2	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Rekonstruktion eines (bestehenden) äußeren Gehörganges	< 4
28	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	< 4
29	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4
30	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	< 4

### B-[2600-GU\_HNO].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	127
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	114
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	20
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	18
5	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	14
6	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	8
7	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	7
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	7
9	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	6
10	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	5
11	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	5
12	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	4
13	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
14	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
15	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	< 4
16	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
17	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4
18	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
19	5-431	Gastrostomie	< 4

## B-[2600-GU\_HNO].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

## B-[2600-GU\_HNO].11 Personelle Ausstattung

### B-[2600-GU\_HNO].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,26	Fälle je VK/Person	186,121658
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,15	<b>Ohne</b>	0,11
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,26
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		2,36	Fälle je VK/Person	414,830536
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,25	<b>Ohne</b>	0,11
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,36

### B-[2600-GU\_HNO].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ18 - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
*inklusive spezieller HNO-Chirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für Kinder*
- 2 AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen  
*eine Phoniaterin ist zu festen Zeiten sowie nach Terminabstimmung verfügbar*
- 3 AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie  
*im Bereich HNO*
- 4 AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

### B-[2600-GU\_HNO].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF03 - Allergologie
- 2 ZF33 - Plastische Operationen

**B-[2600-GU\_HNO].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		4,2	Fälle je VK/Person	233,095245
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,2

**B-[2600-GU\_HNO].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[2600-GU\_HNO].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement

**B-[2600-GU\_HNO].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU] Klinik für Neurologie

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologie

#### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Tim Patrick Jürgens
Telefon	03843 342303
Fax	03843 343468
E-Mail	T.Juergens@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18473
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[2800-GU\_NEU\_NEU].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
- 2 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 3 VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
- 4 VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
- 5 VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
- 6 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 7 VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
- 8 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- 9 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- 10 VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
- 11 VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
- 12 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 13 VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
- 14 VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- 15 VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
- 16 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 17 VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
- 18 VN23 - Schmerztherapie
- 19 VN24 - Stroke Unit
- 20 VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Radikulärsyndromen und Pseudoradikulärsyndromen der Wirbelsäule

## **B-[2800-GU\_NEU\_NEU].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	937
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2800-GU\_NEU\_NEU].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	174
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	72
3	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	33
4	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	31
5	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	25
6	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	22
7	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	19
8	R20.2	Parästhesie der Haut	19
9	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	17
10	D43.0	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Gehirn, supratentoriell	13
11	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	13
12	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	12
13	R55	Synkope und Kollaps	12
14	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	11
15	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	10
16	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	10
17	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	10
18	G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	9
19	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	8
20	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	8
21	R51	Kopfschmerz	8
22	G12.2	Motoneuron-Krankheit	8
23	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	7
24	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	7
25	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	6
26	H49.0	Lähmung des N. oculomotorius [III. Hirnnerv]	6
27	R20.1	Hypästhesie der Haut	6
28	R90.8	Sonstige abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems	6
29	G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome	6
30	M31.6	Sonstige Riesenzellarteriitis	6



**B-[2800-GU\_NEU\_NEU].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	269
2	G40	Epilepsie	78
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	57
4	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	51
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	45
6	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	29
7	G62	Sonstige Polyneuropathien	28
8	G61	Polyneuritis	25
9	D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	17
10	G43	Migräne	15
11	B02	Zoster [Herpes zoster]	13
12	R55	Synkope und Kollaps	12
13	I61	Intrazerebrale Blutung	11
14	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	10
15	H81	Störungen der Vestibularfunktion	10
16	H49	Strabismus paralyticus	9
17	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	8
18	G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	8
19	R51	Kopfschmerz	8
20	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	8
21	H53	Sehstörungen	6
22	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6
23	R90	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems	6
24	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	6
25	G30	Alzheimer-Krankheit	6
26	G72	Sonstige Myopathien	5
27	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	5
28	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	5
29	R42	Schwindel und Taumel	5
30	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	5

**B-[2800-GU\_NEU\_NEU].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[2800-GU\_NEU\_NEU].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-206	Neurographie	497
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	480
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	356
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	277
5	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	244
6	1-204.1	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes	237
7	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	210
8	8-547.2	Andere Immuntherapie: Mit Immunmodulatoren	206
9	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	130
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	123
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	120
12	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	104
13	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	92
14	8-981.23	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	84
15	8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	84
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	73
17	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	67
18	1-205	Elektromyographie [EMG]	58
19	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	57
20	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	54
21	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	51
22	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	46
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	45
24	8-981.22	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	45
25	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	32
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	31
27	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	28

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-97d.1	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	26
29	3-05x	Andere Endosonographie	22
30	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	17

### **B-[2800-GU\_NEU\_NEU].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-206	Neurographie	497
2	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	481
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	480
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	356
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	332
6	8-547	Andere Immuntherapie	310
7	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	305
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	277
9	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	228
10	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	227
11	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	123
12	8-020	Therapeutische Injektion	68
13	1-205	Elektromyographie [EMG]	58
14	8-390	Lagerungsbehandlung	58
15	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	42
16	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	32
17	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	31
18	3-05x	Andere Endosonographie	22
19	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	19
20	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	19
21	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	14
22	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	12
23	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	11
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	11
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	10
26	5-431	Gastrostomie	8
27	1-587	Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision	7
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	7
29	8-132	Manipulationen an der Harnblase	7
30	1-790	Polysomnographie	6

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Ambulanz Dr. Kurtieiev
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Ambulanz Dr. Kurtieiev
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens	VN00 - („Sonstiges“): Kopf- und Gesichtsschmerzen
2	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens	VN23 - Schmerztherapie
3	Medizinische Notaufnahme	VN00 - („Sonstiges“)
4	Medizinisches Zentrum	VN00 - („Sonstiges“)

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz Dr. Kurtieiev	LK44 - Neuromuskuläre Erkrankungen

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11 Personelle Ausstattung

### B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,81	Fälle je VK/Person	107,454132
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,81	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,09	<b>Stationär</b>	8,72
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		5,16	Fälle je VK/Person	184,812622
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,16	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,09	<b>Stationär</b>	5,07

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

# Facharztbezeichnungen

1 AQ42 - Neurologie

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.1.2 Zusatzweiterbildung

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		17,81	Fälle je VK/Person	52,61089
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	17,81	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	17,81

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		3,31	Fälle je VK/Person	283,081573
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,31	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,31

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,34	Fälle je VK/Person	2755,88232
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,34	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,34

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,97	Fälle je VK/Person	965,9794
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,97	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,97

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches

2 PQ20 - Praxisanleitung

3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

1 ZP05 - Entlassungsmanagement

2 ZP29 - Stroke Unit Care

3 ZP06 - Ernährungsmanagement

*enterale Ernährung*

## B-[2800-GU\_NEU\_NEU].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Unsere Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie sind in allen Fachabteilungen unserer Einrichtung tätig. Eine Splittung ist daher nicht möglich.

## B-[2800] Klinik für Neurologische Frührehabilitation

### B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologische Frührehabilitation

#### B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

### B-[2800].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatzbezeichnung: Sozialmedizin und Rehabilitationswesen
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Heike Mach
Telefon	03843 342303
Fax	03843 343468
E-Mail	<a href="mailto:h.mach@kmg-kliniken.de">h.mach@kmg-kliniken.de</a>
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

### B-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
2	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

### B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	89
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	31
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	10
3	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	4
4	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	4
5	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	< 4
6	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	< 4
7	I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	< 4
8	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	< 4
9	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	< 4
10	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	< 4
11	S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom	< 4
12	I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	< 4
13	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
14	K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	< 4
15	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	< 4
16	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
17	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	< 4
18	I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig	< 4
19	G93.6	Hirnödem	< 4
20	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	< 4
21	I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend	< 4
22	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	< 4
23	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	< 4
24	G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse	< 4
25	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
26	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	< 4
27	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	< 4
28	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
29	K85.11	Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation	< 4
30	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4

**B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	G62	Sonstige Polyneuropathien	31
2	I63	Hirnfarkt	24
3	I61	Intrazerebrale Blutung	5
4	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
5	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
6	G61	Polyneuritis	< 4
7	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	< 4
9	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	< 4
10	K85	Akute Pankreatitis	< 4
11	I60	Subarachnoidalblutung	< 4
12	A41	Sonstige Sepsis	< 4
13	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
14	C16	Bösartige Neubildung des Magens	< 4
15	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	< 4
16	D01	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	< 4
17	C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis	< 4
18	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
19	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
20	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	< 4
21	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
22	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
23	G37	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	< 4

**B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen**



**B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	54
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	44
3	8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage	35
4	8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage	27
5	8-718.84	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage	24
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	19
7	8-718.83	Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage	18
8	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	18
9	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	17
10	8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage	17
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	16
12	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	14
13	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	14
14	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	13
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	8
16	8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage	6
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
18	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	6
19	8-192.1d	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Gesäß	5
20	8-718.85	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage	5
21	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	4
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
24	8-390.5	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe	< 4
25	8-987.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage	< 4
26	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
27	1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt	< 4
28	8-192.1e	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Oberschenkel und Knie	< 4
29	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	< 4
30	8-987.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	< 4

**B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	90
2	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	58
3	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	48
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	44
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	30
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	21
7	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	18
8	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	17
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	17
10	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	16
11	8-854	Hämodialyse	16
12	5-431	Gastrostomie	14
13	8-390	Lagerungsbehandlung	8
14	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
15	8-128	Anwendung eines Stuhldrainagesystems	6
16	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	6
17	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
18	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	4
19	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
20	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	< 4
21	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4
23	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
24	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	< 4
25	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	< 4
26	8-132	Manipulationen an der Harnblase	< 4
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
28	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	< 4
29	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
30	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	< 4

**B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[2800].11 Personelle Ausstattung****B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>				
Gesamt		2	Fälle je VK/Person	44,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		2	Fälle je VK/Person	44,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

**B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ42 - Neurologie

**B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF73 - Psychotherapie
2	ZF40 - Sozialmedizin
3	ZF37 - Rehabilitationswesen

## B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		18,39	Fälle je VK/Person	4,83959
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	18,39	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	18,39

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,87	Fälle je VK/Person	47,59358
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,87	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,87

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person	97,80219
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,91	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,91

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,83	Fälle je VK/Person	107,22892
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,83	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,83

### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,26	Fälle je VK/Person	342,3077
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,26	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,26

## B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung

## B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP20 - Palliative Care
- 4 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 5 ZP18 - Dekubitusmanagement

## B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		1,41	Fälle je VK/Person	63,12057
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,41	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,41

## B-[3600\_GU\_ANA] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin

### B-[3600\_GU\_ANA].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin

#### B-[3600\_GU\_ANA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

#### B-[3600\_GU\_ANA].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Toralf Noky
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	t.noky@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[3600\_GU\_ANA].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[3600\_GU\_ANA].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote  
VX00 - („Sonstiges“): Anästhesie
- 1 *Durchführung aller gängigen Anästhesieverfahren mit dem Schwerpunkt rückenmarksnahe und ultraschallgestützte periphere Regionalanästhesieverfahren*  
VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin
- 2 *Behandlung von Intensivpatienten, einschließlich differenzierter Beatmungs-, Kreislauf- u. Nierenersatztherapieverfahren, gezielter Postreanimationskühlbehandlung, Ernährung, intensiver Schmerzbehandlung und Anwendung verschiedener invasiver Monitoringverfahren*  
VX00 - („Sonstiges“): Konsile
- 3 *konsiliarische Betreuung von chronischen Schmerz- und Tumorschmerzpatienten*  
VX00 - („Sonstiges“): Narkosen
- 4 *Durchführung ambulanter Narkosen für verschiedenen Fachabteilungen*  
VX00 - („Sonstiges“): PDA
- 5 *geburtshilfliche PDA*  
VX00 - („Sonstiges“): Prämedikation
- 6 *Tägliche Prämedikationsambulanz*  
VX00 - („Sonstiges“): Rettungsdienst
- 7 *Organisation und Fachaufsicht über den bodengebundenen und - Luftrettungsdienst am Standort*  
VX00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie
- 8 *Kathetergestützte postoperative Schmerztherapie mittels Schmerzpumpen und deren Betreuung und Überwachung, stationäre multimodale Behandlung chronischer Schmerzpatienten*
- 9 VI42 - Transfusionsmedizin

## B-[3600\_GU\_ANA].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[3600\_GU\_ANA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[3600\_GU\_ANA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[3600\_GU\_ANA].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[3600\_GU\_ANA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5700
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	1000
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	586
4	8-701	Einfache endotracheale Intubation	247
5	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	229

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	204
7	8-900	Intravenöse Anästhesie	158
8	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	109
9	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	108
10	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	73
11	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	70
12	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	49
13	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	48
14	8-98f.31	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	16
15	8-98f.30	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	16
16	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	12
17	8-700.x	Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige	8
18	8-98f.40	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	6
19	8-98f.50	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2209 bis 2484 Aufwandspunkte	6
20	8-98f.41	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	4
21	8-98f.51	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte	< 4
22	8-98f.60	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte	< 4
23	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	< 4
24	8-98f.61	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 3221 bis 3680 Aufwandspunkte	< 4
25	8-98f.7	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 3681 bis 4600 Aufwandspunkte	< 4



**B-[3600\_GU\_ANA].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	5700
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1485
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	707
4	8-701	Einfache endotracheale Intubation	247
5	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	229
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	158
7	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	73
8	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	48
9	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	8
10	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4

**B-[3600\_GU\_ANA].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[3600\_GU\_ANA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

**B-[3600\_GU\_ANA].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Medizinisches Zentrum	VX00 - („Sonstiges“): Präoperative Sprechstunde

**B-[3600\_GU\_ANA].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3600\_GU\_ANA].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3600\_GU\_ANA].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3600\_GU\_ANA].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[3600\_GU\_ANA].11 Personelle Ausstattung

### B-[3600\_GU\_ANA].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
---	--	--	--	----

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		22,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	22,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,94	<b>Stationär</b>	21,58
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		13,68	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	13,68	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,94	<b>Stationär</b>	12,74

#### B-[3600\_GU\_ANA].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen  
1 AQ01 - Anästhesiologie

#### B-[3600\_GU\_ANA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung  
1 ZF15 - Intensivmedizin  
2 ZF28 - Notfallmedizin  
3 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

### B-[3600\_GU\_ANA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
---	--	--	--	----

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		47,56	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	47,56	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	47,56

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,26	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,26	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,26

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,87	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,87	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,87

### **B-[3600\_GU\_ANA].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ22 - Intermediate Care Pflege
- 4 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ08 - Pflege im Operationsdienst

### **B-[3600\_GU\_ANA].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement

### **B-[3600\_GU\_ANA].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[3751\_GU\_RAD] Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie

### B-[3751\_GU\_RAD].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie

#### B-[3751\_GU\_RAD].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

#### B-[3751\_GU\_RAD].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gunnar Gaffke
Telefon	03843 342751
Fax	03843 343282751
E-Mail	<a href="mailto:g.gaffke@kmg-kliniken.de">g.gaffke@kmg-kliniken.de</a>
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[3751\_GU\_RAD].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[3751\_GU\_RAD].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

### # Medizinische Leistungsangebote

- 1 VR15 - Arteriographie
- 2 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 3 VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
- 4 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 5 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 5 *alle Körperregionen*
- 6 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- 6 *CT-geführte Interventionen, Schmerztherapie, Biopsien, Radiofrequenzablation (RFA) von Leber- und Lungentumoren/-metastasen*
- 7 VR04 - Duplexsonographie
- 8 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
- 9 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 10 VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
- 11 VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
- 12 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 12 *Thorax, Abdomen, alle Knochen und Gelenke*
- 13 VR17 - Lymphographie
- 14 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 14 *MR-Arthrografien*
- 15 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 15 *alle Körperregionen, Ganzkörper-MRT*
- 16 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
- 16 *Kardio-MRT*
- 17 VR02 - Native Sonographie
- 18 VR16 - Phlebographie
- 19 VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
- 20 VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
- 21 VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
- 22 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 23 VR40 - Spezialsprechstunde
- 24 VR44 - Teleradiologie
- 25 VR47 - Tumorembolisation

## B-[3751\_GU\_RAD].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[3751\_GU\_RAD].6 Hauptdiagnosen nach ICD****B-[3751\_GU\_RAD].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig****B-[3751\_GU\_RAD].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[3751\_GU\_RAD].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3587
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2925
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2535
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1571
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1462
6	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1092
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	793
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	711
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	602
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	493
11	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	360
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	313
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	268
14	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	222
15	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	200
16	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	196
17	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	196
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	192
19	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	144
20	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	143
21	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	136
22	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	130
23	3-843.1	Magnetresonanztomographie [MRCP]: Mit Sekretin-Unterstützung	124
24	3-843.0	Magnetresonanztomographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	124
25	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	123
26	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	121
27	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	95
28	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	93
29	3-201	Native Computertomographie des Halses	89
30	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	76

**B-[3751\_GU\_RAD].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3587
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2925
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2535
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1571
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1462
6	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1092
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	793
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	711
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	602
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	493
11	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	360
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	313
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	268
14	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	248
15	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	222
16	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	200
17	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	196
18	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	196
19	3-202	Native Computertomographie des Thorax	192
20	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	144
21	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	143
22	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	136
23	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	130
24	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	126
25	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	123
26	3-100	Mammographie	95
27	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	93
28	3-201	Native Computertomographie des Halses	89
29	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	79
30	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	57

**B-[3751\_GU\_RAD].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[3751\_GU\_RAD].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Gaffke
2	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Radiologische Ambulanz

**B-[3751\_GU\_RAD].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Gaffke	VR00 - („Sonstiges“)
2	Radiologische Ambulanz	VN23 - Schmerztherapie
3	Radiologische Ambulanz	VR15 - Arteriographie
4	Radiologische Ambulanz	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
5	Radiologische Ambulanz	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
6	Radiologische Ambulanz	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
7	Radiologische Ambulanz	VR00 - („Sonstiges“)

**B-[3751\_GU\_RAD].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3751\_GU\_RAD].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3751\_GU\_RAD].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3751\_GU\_RAD].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[3751\_GU\_RAD].11 Personelle Ausstattung****B-[3751\_GU\_RAD].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>				
Gesamt		8,24	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,24	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	8,24
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		5,44	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,44	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,44

**B-[3751\_GU\_RAD].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie

**B-[3751\_GU\_RAD].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –
2	ZF70 - Magnetresonanztomographie



## **B-[3751\_GU\_RAD].11.2 Pflegepersonal**

B-[3751\_GU\_RAD].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751\_GU\_RAD].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

## **B-[3751\_GU\_RAD].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[2900-GU\_PSY2000] Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie

### B-[2900-GU\_PSY2000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie

#### B-[2900-GU\_PSY2000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2900 - Allgemeine Psychiatrie

#### B-[2900-GU\_PSY2000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Allgemeinpsychiatrie und Suchttherapie
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Stefan Schröder
Telefon	03843 342301
Fax	03843 343468
E-Mail	s.schroeder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gerontopsychiatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Böhmer
Telefon	03843 342189
Fax	03843 343468
E-Mail	s.schroeder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2900-GU\_PSY2000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

## **B-[2900-GU\_PSY2000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

### # Medizinische Leistungsangebote

- 1 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 2 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 3 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 4 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 5 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 6 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 7 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 8 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 9 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 10 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik

## **B-[2900-GU\_PSY2000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	746
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[2900-GU\_PSY2000].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	193
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	74
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	46
4	F20.0	Paranoide Schizophrenie	45
5	F43.2	Anpassungsstörungen	42
6	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	25
7	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	17
8	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	16
9	F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	16
10	F05.1	Delir bei Demenz	15
11	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	13
12	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	13
13	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	13
14	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	12
15	F22.0	Wahnhafte Störung	10
16	F43.0	Akute Belastungsreaktion	9
17	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	9
18	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	8
19	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	8
20	F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	8
21	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
22	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	7
23	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	7
24	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	7
25	F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	7
26	F20.5	Schizophrenes Residuum	5
27	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	5
28	F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom	4
29	F41.1	Generalisierte Angststörung	4
30	F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	4

**B-[2900-GU\_PSY2000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	252
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	89
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	59
4	F32	Depressive Episode	58
5	F20	Schizophrenie	53
6	F25	Schizoaffektive Störungen	38
7	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	32
8	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	30
9	F31	Bipolare affektive Störung	20
10	G30	Alzheimer-Krankheit	17
11	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	17
12	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	11
13	F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	10
14	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	8
15	F41	Andere Angststörungen	8
16	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	8
17	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	6
18	F45	Somatoforme Störungen	6
19	F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	< 4
20	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	< 4
21	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
22	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
23	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	< 4
24	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
25	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	< 4
26	G10	Chorea Huntington	< 4
27	F38	Andere affektive Störungen	< 4
28	F01	Vaskuläre Demenz	< 4
29	F53	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	< 4

**B-[2900-GU\_PSY2000].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[2900-GU\_PSY2000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1139
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	838
3	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	717
4	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	676
5	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	468
6	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	454
7	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	420
8	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	359
9	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	305
10	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	265
11	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	204
12	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	186
13	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	148
14	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	144
15	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	110
16	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	86
17	9-640.08	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 Stunden pro Tag	83
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	70
19	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	66
20	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	60
21	9-640.07	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	55

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	52
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	51
24	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	50
25	9-647.f	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 16 Behandlungstage	43
26	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	37
27	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	34
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	32
29	8-630.3	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]: Therapiesitzung	29
30	9-640.06	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	28

**B-[2900-GU\_PSY2000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	5318
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	838
3	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	305
4	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	286
5	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	265
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	211
7	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	187
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	110
9	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	37
10	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	33
11	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	28
12	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	24
13	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	12
14	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	10
15	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	9
16	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	9
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	5
18	1-612	Diagnostische Rhinoskopie	4
19	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
20	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4
21	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	< 4
22	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
23	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
24	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	< 4
25	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	< 4
26	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	< 4
27	8-171	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres	< 4
28	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
29	1-494	(Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
30	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	< 4



**B-[2900-GU\_PSY2000].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[2900-GU\_PSY2000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Schröder
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Böhmer
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

**B-[2900-GU\_PSY2000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VP00 - („Sonstiges“)
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP00 - („Sonstiges“)
3	Chefarztambulanz Dr. Schröder	VP00 - („Sonstiges“)
4	Chefarztambulanz Dr. Böhmer	VP00 - („Sonstiges“)

**B-[2900-GU\_PSY2000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2900-GU\_PSY2000].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[2900-GU\_PSY2000].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[2900-GU\_PSY2000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**Stationäre BG-Zulassung Nein**B-[2900-GU\_PSY2000].11 Personelle Ausstattung****B-[2900-GU\_PSY2000].11.1 Ärzte und Ärztinnen**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt		7,87	Fälle je VK/Person	94,79034
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	7,87	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	7,87
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		4,1	Fälle je VK/Person	181,951218
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,1

**B-[2900-GU\_PSY2000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

## # Facharztbezeichnungen

- 1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
- 3 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 4 AQ42 - Neurologie

**B-[2900-GU\_PSY2000].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

## # Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF09 - Geriatrie
- 2 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –

**B-[2900-GU\_PSY2000].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		37,11	Fälle je VK/Person	20,1024
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	37,11	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	37,11

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		1,75	Fälle je VK/Person	426,2857
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,75

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften**

Gesamt		0,77	Fälle je VK/Person	968,8312
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,77	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,77

**B-[2900-GU\_PSY2000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

## # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- 3 PQ20 - Praxisanleitung
- 4 PQ02 - Diplom
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

**B-[2900-GU\_PSY2000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

## # Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP24 - Deeskalationstraining

## B-[2900-GU\_PSY2000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		2,97	Fälle je VK/Person	251,178452
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,97	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,97

### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		1,66	Fälle je VK/Person	449,3976
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,66	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,66

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		3,6	Fälle je VK/Person	207,222229
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,6

Unsere Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie sind in allen Fachabteilungen unserer Einrichtung tätig.

Eine Splittung ist daher nicht möglich.

## B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene] Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].1.1 Fachabteilungsschlüssel

# Fachabteilungsschlüssel  
1 2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Stefan Schröder
Telefon	03843 342301
Fax	03843 343468
E-Mail	s.schroeder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Böhmer
Telefon	03843 342189
Fax	03843 341505
E-Mail	h.boehmer@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

### # Medizinische Leistungsangebote

- 1 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 2 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 3 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 4 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 5 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 6 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 7 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 8 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 9 VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 10 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
- 11 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

## B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	124

## B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	386
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	271
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	125
4	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	93
5	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	68
6	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	66
7	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	55

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	53
9	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	26
10	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	20
11	9-649.43	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	13
12	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	12
13	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	8
14	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	8
15	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	5
16	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	5
17	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	4
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	4
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	4
20	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
21	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
22	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
24	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	< 4

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1091
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	125
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	14
4	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	4

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].7.2 Kompetenzprozeduren

**B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Schröder
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Böhmer
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	psychiatrische Institutsambulanz

**B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	psychiatrische Institutsambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	psychiatrische Institutsambulanz	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
8	psychiatrische Institutsambulanz	VX00 - („Sonstiges“)

**B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11 Personelle Ausstattung

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

# Facharztbezeichnungen

- 1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
- 3 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

#### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.1.2 Zusatzweiterbildung

# Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre)  
in Vollkräften**

Gesamt		6,33	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,33	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	6,33	<b>Stationär</b>	0

#### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 2 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

#### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

### B-[2960\_GU\_TK\_Erwachsene].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



## B-[3060\_GU\_TK\_Kinder] Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Heiko Fliß
Telefon	03843 342202
Fax	03843 343471
E-Mail	<a href="mailto:h.fliss@kmg-kliniken.de">h.fliss@kmg-kliniken.de</a>
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 2 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 3 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 4 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 5 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 6 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 7 VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 8 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 9 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
- 10 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 11 VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

## **B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	102

## **B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### **B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

### **B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-696.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	202
2	9-696.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Keine Therapieeinheit pro Woche	196
3	9-696.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	181
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	115
5	9-696.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	78
6	9-696.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	74
7	9-696.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	57
8	9-696.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	47
9	9-696.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	42
10	9-696.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	41
11	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	39
12	9-696.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	37
13	9-696.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	36
14	9-696.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	28
15	9-696.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	25
16	9-696.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	16
17	9-696.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	16
18	9-696.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	14
19	9-696.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	14
20	9-696.15	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche	14

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
21	9-696.37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche	12
22	9-696.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	12
23	9-696.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	9
24	9-696.17	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 8 Therapieeinheiten pro Woche	8
25	9-696.16	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 7 Therapieeinheiten pro Woche	8
26	9-696.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	8
27	9-696.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	7
28	9-696.18	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 9 Therapieeinheiten pro Woche	7
29	9-696.39	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche	6
30	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	5

### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	1252
2	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	115
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	42
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	12
5	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	< 4
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4

### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].7.2 Kompetenzprozeduren

**B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz

**B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	Psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	Psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	Psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	Psychiatrische Institutsambulanz	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
6	Psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
7	Psychiatrische Institutsambulanz	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
8	Psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
9	Psychiatrische Institutsambulanz	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Psychiatrische Institutsambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
11	Psychiatrische Institutsambulanz	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
12	Psychiatrische Institutsambulanz	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik

**B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11 Personelle Ausstattung

### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,22	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,22	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,22	<b>Stationär</b>	0
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		2,22	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,22	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,22	<b>Stationär</b>	0

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
  - 2 AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden –

### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,92	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,92	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,92	<b>Stationär</b>	0

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
  - 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

#### B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP13 - Qualitätsmanagement

## B-[3060\_GU\_TK\_Kinder].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		1,84	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,84	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	1,84	<b>Stationär</b>	0

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,75	<b>Stationär</b>	0

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		2,16	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,16	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,16	<b>Stationär</b>	0

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### 09/1 - Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	134
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	135

##### 09/2 - Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	26
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	26

##### 09/3 - Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision / -Systemwechsel / -Explantation

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	20

##### 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Fallzahl	39
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	39

##### 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	12

##### 09/6 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision / Systemwechsel / Explantation

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

##### 10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

##### 15/1 - Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Fallzahl	117
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	118

##### 16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	679
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	686

##### 17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	22
----------	----



Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	22

**18/1 - Mammachirurgie**

Fallzahl	17
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	17

**DEK - Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Fallzahl	277
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	285

**HCH - Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie)**

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

**HCH\_MK\_KATH - Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen**

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

**HEP - Hüftendoprothesenversorgung**

Fallzahl	216
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	220

**HEP\_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur**

Fallzahl	213
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	217

**HEP\_WE - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4

**KEP - Knieendoprothesenversorgung**

Fallzahl	164
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	165

**KEP\_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl.**

**Knieschlittenprothesen**

Fallzahl	160
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	161

**KEP\_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

**NEO - Neonatologie**

Fallzahl	95
----------	----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	95

**PCI\_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(PCI)**

Fallzahl	1026
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	1036

**PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie**

Fallzahl	204
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	214

**C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

**1. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>382000</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,70
Vertrauensbereich bundesweit	0,53 - 0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,16 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**2. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>382005</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	2,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**3. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>382006</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**4. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>372000</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	1,60
Vertrauensbereich bundesweit	1,45 - 1,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,96 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**5. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>372001</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,35 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 6. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>372005</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,88
Vertrauensbereich bundesweit	1,72 - 2,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

## 7. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>372006</b>
Leistungsbereich	KCHK-AK-KATH - Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**8. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>352000</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
<p>Einheit</p>	%
<p>Bundesergebnis</p>	95,62
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	95,35 - 95,87
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	-
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	>= 90,00 %
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	N01
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**9. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind**

<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<b>352006</b>
<p>Leistungsbereich</p>	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
<p>Art des Wertes</p>	TKEZ
<p>Bezug zum Verfahren</p>	DEQS
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität</p>



von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,60 - 1,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**10. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>352007</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a></p>

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,33 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 11. Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>362002</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Einheit	%
Bundesergebnis	81,44
Vertrauensbereich bundesweit	80,41 - 82,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 68,57 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 12. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>362018</b>
--------------------	---------------

Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	6,10
Vertrauensbereich bundesweit	5,49 - 6,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**13. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>362019</b>
Leistungsbereich	KCHK-KC-KOMB - Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**14. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>402002</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	12,20
Vertrauensbereich bundesweit	11,34 - 13,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 23,77 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**15. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>402006</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,18

Vertrauensbereich bundesweit	96,70 - 97,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 89,14 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**16. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>402010</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	3,12
Vertrauensbereich bundesweit	2,67 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**17. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>402011</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-CHIR - Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,69 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**18. Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>392002</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
<p>Einheit</p>	%
<p>Bundesergebnis</p>	4,12
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	3,69 - 4,59
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	-
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	Datenschutz
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	Datenschutz
<p>Erwartete Ereignisse</p>	Datenschutz
<p><b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b></p>	
<p>Referenzbereich</p>	<= 10,12 % (95. Perzentil)
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	D80
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p><b>19. Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde</b></p>	
<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<b>392006</b>
<p>Leistungsbereich</p>	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
<p>Art des Wertes</p>	QI
<p>Bezug zum Verfahren</p>	DEQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des



Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	93,99
Vertrauensbereich bundesweit	93,42 - 94,51
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 83,33 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**20. Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>392010</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu

unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,62
Vertrauensbereich bundesweit	2,28 - 3,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

**21. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>392011</b>
Leistungsbereich	KCHK-MK-KATH - Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht
Fachlicher Hinweis IQTIG	

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 28,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 22. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	97,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,02 - 98,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	214
Beobachtete Ereignisse	208
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**23. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu

dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	97,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,91 - 98,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	204

**24. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18

Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

**25. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen.**

**Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

**Ergebnis-ID** 232000\_2005

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2005

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	95,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,91 - 98,27

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	119

**26. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

**Ergebnis-ID** 232001\_2006

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	95,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,76 - 98,24
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	117
<b>27. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232002_2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität
Fachlicher Hinweis IQTIG	

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,24 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**28. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	91,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,05 - 95,60



**Fallzahl**

Grundgesamtheit 109

Beobachtete Ereignisse 100

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich >= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

**29. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)**

**Ergebnis-ID 232003\_2009**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2009

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Einheit %

Bundesergebnis 92,65

Vertrauensbereich bundesweit 92,52 - 92,78

Rechnerisches Ergebnis 91,89

Vertrauensbereich Krankenhaus 85,31 - 95,68

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 111

Beobachtete Ereignisse 102

**30. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen**

**Ergebnis-ID 2013**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	98,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 99,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	98
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>31. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232004_2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Rechnerisches Ergebnis	96,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,98 - 99,11
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	60

**32. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.</p>

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	85,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,48 - 90,29
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	138
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**33. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232005_2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,4
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	78,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,50 - 85,30
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	80

**34. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	94,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,98 - 97,03

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	138
Beobachtete Ereignisse	130

**35. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232006_2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	91,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,02 - 95,70

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	73

**36. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 1,56
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	8,85
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,91 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**37. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232007_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83



Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 0,93
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	17,95

**38. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232010_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,66

Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 0,76

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**39. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

**Ergebnis-ID**

**231900**

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Rechnerisches Ergebnis	10,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,23 - 17,11

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	13

**40. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle**

**Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232008_231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Rechnerisches Ergebnis	14,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	10,80 - 20,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	214
Beobachtete Ereignisse	32

**41. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	95,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,46 - 97,39
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	200
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**42. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232009_50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

Fachlicher Hinweis IQTIG

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	91,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,68 - 95,52
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	113

**43. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID**

**52009**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,13 - 1,64

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	14846
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	79,56

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**44. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)**

**Ergebnis-ID**

**52326**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung

Fachlicher Hinweis IQTIG

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,54 - 0,80
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14846
Beobachtete Ereignisse	97

**45. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,13
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14846
Beobachtete Ereignisse	11

**46. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.



Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14846
Beobachtete Ereignisse	0

**47. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhaus-aufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,03

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	14846
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

**48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen**

**Ergebnis-ID**

**51906**

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,42 - 12,67
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

**49. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen**

**Ergebnis-ID**

**12874**

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an

Fachlicher Hinweis IQTIG

den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,70
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**50. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,27 - 31,47
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**51. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172000_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 79,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**52. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172001_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

	<a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	20,65 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>53. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60685</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,46



**Fallzahl**

Grundgesamtheit 21

Beobachtete Ereignisse 0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht unverändert

**54. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis**

**Ergebnis-ID 60686**

Leistungsbereich GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit %

Bundesergebnis 19,31

Vertrauensbereich bundesweit 18,56 - 20,07

Vertrauensbereich Krankenhaus 6,15 - 79,23

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

**55. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	90,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,09 - 97,35

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	19

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 74,46 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**56. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,83

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	62
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**57. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,90 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	179

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**58. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht**

**Ergebnis-ID**

**54002**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

91,85

Vertrauensbereich bundesweit

91,46 - 92,23

Rechnerisches Ergebnis

100,00

Vertrauensbereich Krankenhaus

51,01 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit

4

Beobachtete Ereignisse

4

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**59. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**

**Ergebnis-ID**

**54003**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Rechnerisches Ergebnis	15,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,44 - 30,42

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	6

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**60. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	98,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,39 - 99,64
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	154
Beobachtete Ereignisse	152
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht unverändert

**61. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.</p>



Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 2,40
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,32
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,25 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**62. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,31 - 3,98
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**63. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,15
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,00 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**64. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,46 - 17,29
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 11,63 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**65. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Rechnerisches Ergebnis	3,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,55 - 7,12
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	6
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**66. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 8,13
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**67. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191800_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17

**68. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191801_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	5,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 15,08
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>69. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>



Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,76

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 1,74
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,59
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,42 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**70. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,50
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**71. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere</p>

Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**72. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10271</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als</p>

auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 1,70
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 73. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54030</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,53 - 27,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**74. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54050</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,35
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,57 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	17
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**75. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,45 - 1,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,97
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,22 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**76. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54029</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen



Art des Wertes	Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Bezug zum Verfahren	<p>QI</p> <p>DeQS</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,87
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,35 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**77. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID****54042**

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  
 QI

Art des Wertes

DeQS

Bezug zum Verfahren

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,03

Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 3,73
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,27
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,42 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

**78. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem</p>

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,69
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,22

**79. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52321</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Ag-gregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,81
Vertrauensbereich bundesweit	98,72 - 98,90
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,73 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	69
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**80. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>141800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**81. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50005</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

## Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. *European Heart Journal* 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 42(36): 3599-3726. DOI:

10.1093/eurheartj/ehab368. Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eu-ropean Heart Journal43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,72
Vertrauensbereich bundesweit	97,50 - 97,92
Rechnerisches Ergebnis	97,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,82 - 99,55
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	38
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**82. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52131</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist



Fachlicher Hinweis IQTIG

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,53 - 92,16
Rechnerisches Ergebnis	96,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,54 - 98,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	48
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**83. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,72
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,76
Rechnerisches Ergebnis	0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 1,42
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,35 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht unverändert

**84. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010):</p>

Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,17
Vertrauensbereich bundesweit	96,02 - 96,31
Rechnerisches Ergebnis	96,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,87 - 98,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	118
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**85. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).**

**Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,97
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

### **86. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52325</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**87. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131803</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	50,74
Vertrauensbereich bundesweit	50,03 - 51,46
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,82 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	38

### **88. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des</p>

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,67

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 6,48 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**89. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132001</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen



Fachlicher Hinweis IQTIG

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	1,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 5,01
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,65 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**90. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132002</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,20
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,24
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

Referenzbereich	<= 5,03 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**91. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).**

**Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,62 - 62,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**92. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52324</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,54
Vertrauensbereich bundesweit	0,38 - 0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,15
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**93. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51196</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist</p>

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,37

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 5,13 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**94. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft**

**Ergebnis-ID**

**52307**

Leistungsbereich

HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herz-schrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Sys-temwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch weni-ge Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Einheit	%
Bundesergebnis	98,43
Vertrauensbereich bundesweit	98,34 - 98,53
Rechnerisches Ergebnis	88,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,82 - 92,96
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	97
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

**95. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>111801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**96. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101803</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der



Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Vertrauensbereich bundesweit	96,11 - 96,39

Rechnerisches Ergebnis	86,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,17 - 91,06
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	130
Beobachtete Ereignisse	112
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**97. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54140</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021).</p>

In Einzelfällen kann es zu be-gründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz-schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

Einheit	%
Bundesergebnis	99,61
Vertrauensbereich bundesweit	99,56 - 99,65
Rechnerisches Ergebnis	96,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,18 - 98,32

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	123

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**98. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52139</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschritt-macher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	88,55
Vertrauensbereich bundesweit	88,34 - 88,76
Rechnerisches Ergebnis	81,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,33 - 87,16
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	132
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**99. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,11 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**100. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten**

**Ergebnis-ID** **52305**

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch

Fachlicher Hinweis IQTIG

(zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich bundesweit	95,03 - 95,20
Rechnerisches Ergebnis	92,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,83 - 94,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	527
Beobachtete Ereignisse	487
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**101. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,77
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

## 102. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-



Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,28
Vertrauensbereich bundesweit	1,20 - 1,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 6,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**103. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101802</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	50,73
Vertrauensbereich bundesweit	50,37 - 51,10
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,23 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	135

**104. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,92
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,38 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**105. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2194</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 2,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,77
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,69 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**106. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2195</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,29
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,51
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,34 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**107. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).**

**Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,29
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**108. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,59 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht unverändert

**109. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen</p>



Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,2
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,63
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,25 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**110. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	20,65 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**111. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**112. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 - 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**113. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11704</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	5,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,02 - 20,42
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,79 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**114. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11724</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 32,24
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

**115. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 79,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>116. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>606</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

(mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahreseergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,53
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**117. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51859</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen



Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,56 - 69,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**118. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir->

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,95
Vertrauensbereich bundesweit	97,39 - 98,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**119. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a>

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,34
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**120. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51873</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,81 (95, Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**121. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51865</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie

eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**122. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der**

**entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51445</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**123. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>124. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51860</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 - 5,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**125. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>161800</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte



Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,5
Vertrauensbereich bundesweit	2,34 - 5,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 79,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**126. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,90 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	120

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**127. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	97,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,40 - 99,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	40
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**128. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54022</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,55 - 96,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**129. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54123</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,43

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,26 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**130. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)**

**Ergebnis-ID**

**50481**

Leistungsbereich

KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 11,32 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**131. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 3,43

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 3,71 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**132. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 14,11 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**133. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere



Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,75
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**134. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54127</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,50
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	150
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
<b>135. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54128</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	99,8
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	99,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,98 - 99,97
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	176
Beobachtete Ereignisse	175
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 98,81 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**136. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51846</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,21
Vertrauensbereich bundesweit	98,11 - 98,30
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**137. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212000</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,04
Vertrauensbereich bundesweit	94,52 - 95,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	20,65 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**138. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212001</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	85,86
Vertrauensbereich bundesweit	85,40 - 86,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 65,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Abweichung vom Referenzbereich ist auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen.

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verschlechtert

**139. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,39
Vertrauensbereich bundesweit	99,26 - 99,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht unverändert

**140. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)**

**Ergebnis-ID****52279**

Leistungsbereich

MC - Operation an der Brust

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu

Fachlicher Hinweis IQTIG



diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,24 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**141. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)**

**Ergebnis-ID** 2163

Leistungsbereich MC - Operation an der Brust

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**142. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50719</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,35
Vertrauensbereich bundesweit	2,90 - 3,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**143. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,99
Vertrauensbereich bundesweit	96,79 - 97,18
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**144. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,92
Vertrauensbereich bundesweit	1,80 - 2,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**145. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60659</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	10,66
Vertrauensbereich bundesweit	10,41 - 10,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,37 - 33,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,77 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**146. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>211800</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,42 - 99,54
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 97,82 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**147. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56000</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Rechnerisches Ergebnis	67,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,61 - 80,89
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	25
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 40,97 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**148. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56001</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
---------	---



Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 - 28,11
Rechnerisches Ergebnis	26,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	21,67 - 32,82
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	241
Beobachtete Ereignisse	65
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

**149. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
Rechnerisches Ergebnis	98,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,04 - 99,83
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	64
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**150. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,78
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**151. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID**

**56005**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,89

Vertrauensbereich bundesweit

0,88 - 0,90

Rechnerisches Ergebnis

0,68

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,52 - 0,86

**Fallzahl**

Grundgesamtheit

710

Beobachtete Ereignisse

60

Erwartete Ereignisse

88,89

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,65 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**152. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID**

**56006**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 1,49
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	7,34
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,14 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**153. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56007</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die</p>

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,40 - 0,79

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	337
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	58,07

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,50 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**154. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt**

**Ergebnis-ID**

**56008**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit

%

Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,15 % (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

**155. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56009</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	3,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,69 - 5,55
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	712
Beobachtete Ereignisse	28
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**156. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56010</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Rechnerisches Ergebnis	15,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,03 - 30,07
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 21,93 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**157. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56011</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Rechnerisches Ergebnis	7,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,22 - 10,93
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	337
Beobachtete Ereignisse	26
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
<b>158. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56014</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
Rechnerisches Ergebnis	91,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,05 - 96,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	68
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**159. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56016</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Rechnerisches Ergebnis	94,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,99 - 97,01
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	296
Beobachtete Ereignisse	281
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 93,95 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**160. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51823_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	651
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,40

**161. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 8,01
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,20 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht unverändert

**162. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)**

**Ergebnis-ID** 181801\_181800

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 181800

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis 0,85

Vertrauensbereich bundesweit 0,77 - 0,95

Rechnerisches Ergebnis 2,59

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,46 - 14,55

**Fallzahl**

Grundgesamtheit Datenschutz



Grundgesamtheit	60
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32

**164. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen**

**Ergebnis-ID** 182010

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,17 - 0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**165. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen**

**Ergebnis-ID** 182011

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe



<p>Art des Wertes Bezug zum Verfahren</p>	<p>TKez DeQS Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	
<p>Einheit Bundesergebnis Vertrauensbereich bundesweit Rechnerisches Ergebnis Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>% 2,95 2,83 - 3,06 2,76 1,77 - 4,27</p>
<p><b>Fallzahl</b></p>	
<p>Grundgesamtheit Beobachtete Ereignisse</p>	<p>688 19</p>
<p><b>166. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen</b></p>	
<p><b>Ergebnis-ID</b> Leistungsbereich Art des Wertes Bezug zum Verfahren</p>	<p><b>182014</b> PM-GEBH - Geburtshilfe TKez DeQS Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,2
Vertrauensbereich bundesweit	9,08 - 9,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**167. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,8
Vertrauensbereich bundesweit	96,35 - 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**168. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50045</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI

<p>Bezug zum Verfahren</p> <p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja</p>	<p>DeQS, QS-Planung</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	
<p>Einheit</p>	<p>%</p>

Bundesergebnis	99,01
Vertrauensbereich bundesweit	98,97 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	99,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 - 99,91

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	196
Beobachtete Ereignisse	195

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**169. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)****Ergebnis-ID** 52249

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,80 - 1,02

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	683
Beobachtete Ereignisse	195
Erwartete Ereignisse	215,58

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,26 (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**170. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182000_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	18,94
Vertrauensbereich bundesweit	18,76 - 19,12
Rechnerisches Ergebnis	16,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	12,28 - 21,55
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	244
Beobachtete Ereignisse	40

**171. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182001_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	45,9
Vertrauensbereich bundesweit	45,59 - 46,21
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,15 - 97,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	22

**172. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182002_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	3,88
Vertrauensbereich bundesweit	3,79 - 3,97
Rechnerisches Ergebnis	4,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,21 - 8,30
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	185
Beobachtete Ereignisse	8
<b>173. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182003_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen
Fachlicher Hinweis IQTIG	



Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	21,45
Vertrauensbereich bundesweit	21,13 - 21,78
Rechnerisches Ergebnis	76,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,74 - 90,44

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	13

**174. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182004_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	71,72
Vertrauensbereich bundesweit	71,44 - 71,99
Rechnerisches Ergebnis	48,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	40,84 - 55,33

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	179
Beobachtete Ereignisse	86

**175. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182005_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	93,01
Vertrauensbereich bundesweit	92,64 - 93,36
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

**176. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182006_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu
Fachlicher Hinweis IQTIG	

unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	86,6
Vertrauensbereich bundesweit	85,95 - 87,21
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

**177. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182007_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,06 - 76,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	15,00 - 85,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**178. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182008_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>179. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182009_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren
Fachlicher Hinweis IQTIG	

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	44,42
Vertrauensbereich bundesweit	43,91 - 44,93
Rechnerisches Ergebnis	52,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	31,71 - 72,67
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	10

**180. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>1058</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,32
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**181. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>321</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	647
Beobachtete Ereignisse	0

**182. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51397</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,46
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	647
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,55

**183. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6**

**Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise



## Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,42
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,40 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert
<b>184. Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>318</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	96,85
Vertrauensbereich bundesweit	96,61 - 97,07
Rechnerisches Ergebnis	80,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,55 - 96,38

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**185. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 1,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**186. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der**

**Patientinnen und Patienten)****Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Sortierung

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

**51808\_51803**

PM-GEBH - Geburtshilfe

KKez

DeQS, QS-Planung

1

51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung

Fachlicher Hinweis IQTIG

gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 33,78
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	664
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11

**187. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51813_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

Fachlicher Hinweis IQTIG

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 4,24

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**188. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51818_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die



Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 4,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**189. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)**

**Ergebnis-ID** **51070**

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,25

Rechnerisches Ergebnis 0,00  
 Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 4,58

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 80  
 Beobachtete Ereignisse 0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich Sentinel Event  
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar  
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10  
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

**190. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

**Ergebnis-ID 51832**

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Einheit %  
 Bundesergebnis 3,67  
 Vertrauensbereich bundesweit 3,30 - 4,08  
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**191. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID**

**51837**

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**192. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51076</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	2,97
Vertrauensbereich bundesweit	2,64 - 3,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**193. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID**

**50050**

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**194. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)**

**Ergebnis-ID** 222200

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

**195. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

**Ergebnis-ID** 51838

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,77
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 2,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

**196. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID** 51843

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,75 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,70
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

**197. Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>222201</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem



Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

**198. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51079</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex

	der Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,39 - 7,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>199. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50053</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**200. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

**Ergebnis-ID**

**51078**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	4,57
Vertrauensbereich bundesweit	4,00 - 5,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**201. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID**

**50052**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**202. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**203. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51136_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**204. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51141_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**205. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51146_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie



eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

**206. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51156_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen

(mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis  
Vertrauensbereich bundesweit  
Rechnerisches Ergebnis  
Vertrauensbereich Krankenhaus

1,12  
1,01 - 1,23  
0,00  
-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit  
Beobachtete Ereignisse  
Erwartete Ereignisse

Datenschutz  
Datenschutz  
Datenschutz

**207. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID**  
Leistungsbereich  
Art des Wertes  
Bezug zum Verfahren  
Sortierung  
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

**51161\_51901**  
PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen  
KKez  
DeQS  
5  
51901

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**208. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50060</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,92 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**209. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)****Ergebnis-ID****50062**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,02

Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,35

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,22

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,68 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**210. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**

**Ergebnis-ID** 222000\_50062

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

**211. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**

**Ergebnis-ID** 222001\_50062

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,18
Vertrauensbereich bundesweit	0,14 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

**212. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>222002_50062</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,45
Vertrauensbereich bundesweit	1,33 - 1,59
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

### 213. Wachstum des Kopfes

#### Ergebnis-ID

**52262**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	9,79
Vertrauensbereich bundesweit	9,28 - 10,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 79,35



**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 19,49 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**214. Ein Hörtest wurde durchgeführt**

**Ergebnis-ID**

**50063**

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	98,08 - 98,26
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,03 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	93

Beobachtete Ereignisse	93
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**215. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50069</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</a></p>

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,70

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,50 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

**216. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID**

**50074**

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 2,87
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,13 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

## C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

**Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden**

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

## C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

#### **Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Erbrachte Menge	120
-----------------	-----

#### **Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene**

Erbrachte Menge	23
-----------------	----

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### **Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	120
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	117

#### **Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene**

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	23
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	25

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

### Strukturqualitätsvereinbarungen

- |   |   |
|---|---|
| # | Vereinbarung  |
| 1 | CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation<br>Bauchaortenaneurysma |
| 2 | CQ07: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen<br>– Perinataler Schwerpunkt |
- nach Landeskonzept Mecklenburg-Vorpommern Aufnahme von Neonaten ab 1500 g Weiterführende standortbezogene Informationen unter: [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org)*

### Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt? Nein

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	93
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	85
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	59

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Nachtschicht	75 %
3	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
6	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - Station E6- Klinik für Geriatrie - Tagschicht	100 %
8	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Nachtschicht	100 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Tagschicht	100 %
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Nachtschicht	100 %
11	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Tagschicht	100 %
12	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Nachtschicht	100 %
13	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Nachtschicht	83,33 %
15	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Tagschicht	100 %
16	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Nachtschicht	100 %
17	Kardiologie - Station F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Tagschicht	91,67 %
18	Kardiologie - Station F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Nachtschicht	91,67 %
19	Kardiologie - Station F10 - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Tagschicht	41,67 %
20	Kardiologie - Station F10 - Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Nachtschicht	91,67 %
21	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Tagschicht	50 %
22	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Nachtschicht	25 %
23	Neurologische Schlaganfallereinheit - Station E3- Stroke Unit - Tagschicht	75 %
24	Neurologische Schlaganfallereinheit - Station E3- Stroke Unit - Nachtschicht	100 %
25	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Tagschicht	100 %
26	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Nachtschicht	41,67 %

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Tagschicht	82,19 %
2	Allgemeine Chirurgie - Station F11- Klinik für Allgemeinchirurgie - Nachtschicht	80,55 %
3	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Tagschicht	97,53 %
4	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Nachtschicht	95,05 %
5	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Tagschicht	99,16 %
6	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - Station E6- Klinik für Geriatrie - Tagschicht	94,25 %
8	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Nachtschicht	99,73 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Tagschicht	96,44 %
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Nachtschicht	99,18 %
11	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Tagschicht	99,73 %
12	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Nachtschicht	99,73 %
13	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Tagschicht	97,53 %
14	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Nachtschicht	98,36 %
15	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Tagschicht	95,89 %
16	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Nachtschicht	98,08 %
17	Kardiologie - Station F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Tagschicht	41,92 %
18	Kardiologie - Station F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Nachtschicht	75,07 %
19	Kardiologie - Station F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Tagschicht	56,83 %
20	Kardiologie - Station F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Nachtschicht	76,17 %
21	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Tagschicht	49,01 %
22	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Nachtschicht	77,56 %
23	Neurologische Schlaganfalleinheit - Station E3- Stroke Unit - Tagschicht	73,73 %



#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
24	Neurologische Schlaganfallereinheit - Station E3- Stroke Unit - Nachtschicht	99,72 %
25	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Tagschicht	80 %
26	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Nachtschicht	74,79 %

## C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

## C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

### Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort  Ja  Nein